WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK, POŚWIĘCONY POTRZEBOM LEKARZA PRAKTYKA I PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO
REVUE MENSUELLE CONSACRÉE À LA LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN
POD REDAKCJĄ DOC. DR MED. E. REICHER.

ROK XII. WARSZAWA, CZERWIEC 1938 R. NUMER VI.

PRACE ORYGINALNE

O LECZENIU OSTRYCH SCHORZEŃ BIEGUNKOWYCH U NIEMOWLĄT

podał

P. WÓJCIAK.

Pediatria w ostatnich latach poczyniła znaczne postępy w zwalczaniu zachorowalności i śmiertelności wśród niemowląt z powodu schorzeń żołądkowo - jelitowych. Przyczyniły się do tego w dużej mierze Stacje Opieki nad Niemowlętami, których liczba z roku na rok wzrasta i w roku 1937 dosięgła już cyfry 488.

Mimo to jednak śmiertelność niemowląt z powodu t. zw. biegunek jest wciąż jeszcze zastraszająco wielka. Zwłaszcza z nastaniem letnich miesięcy tysiące niemowląt giną corocznie z tego powodu.

W poniższych uwagach pragnę omówić w jaki sposób powinien ustosunkować się i postępować lekarz praktyk w odniesieniu do różnych postaci biegunek letnich.

Nie wdając się w bliższe i w bardziej szczegółowe omawianie zagadnienia klasyfikacyj, ostre zaburzenia żołądkowo-jelitowe będę dzielił z punktu widzenia rokowania i leczenia na trzy grupy: biegunki lekkie, średnio ciężkie i ciężkie. Prosty ten podział, najbardziej zbliżony do pierwotnego podziału M. Michałowicza z r. 1920, ułatwi, moim zdaniem, lekarzowi praktykowi zorientowanie się w sposobach postępowania w tych trzech grupach schorzeń.

Biegunki lekkie.

Do tej grupy zaliczamy takie zaburzenia żołądkowo-jelitowe, przebieg których nie odbija się ujemnie na stanie ogólnym dziecka. A więc będą tu należeć wszelkie schorzenia, określane jako dyspepsje, rozwolnienia w przebiegu infekcyj pozajelitowych, rozwolnienia na tle konstytucjonalnym, dyspepsje noworodków itp, niezależnie od wywołującego je czynnika i zjawiające się zarówno u dzieci karmionych piersią, jak i odżywianych sztucznie.

B i e g u n k i u d z i e c i k a r m i o n y c h p i e r s i ą. Już w pierwszych tygodniach życia dziecka często spotykamy się z rozwolnieniem, które może spowodować zwiększenie się liczby wypróżnień nawet do 15 — 20 na dobę. Zaburzenia te nie są groźne dla dziecka, mogą odbić się jedynie na krzywej przyrostu wagi. Ze względu na częstość ich występowania niektórzy autorzy uważają je za zjawisko fizjologiczne („physiologische Dyspepsie der Neugeborenen" niemieckich autorów).

W tych przypadkach wystarcza podawanie dziecku związków wapnia (np. Calc. carbon. 0,4 — 0,5 g 5 — 6 razy dziennie) przez pewien czas, by uregulować wypróżnienia. W bardziej uporczywych przypadkach zastępujemy przejściowo 1 — 2 karmienia piersią — mieszanką przeciwdyspeptyczną o składzie: mleko z wodą (wzgl. 1% klejem ryżowym) w stosunku 1 do 1 z dodatkiem 6% maltozo-dekstryny (malton, nutromalt).

Odrębną grupę, aczkolwiek zbliżoną do poprzedniej, stanowią zaburzenia na tle konstytucjonalnym u niemowląt karmionych piersią, u których liczne wolne zielone i ze znaczną ilością śluzu stolce utrzymują się nieraz bardzo długo (kilka i kilkanaście tygodni) mimo ogólnego dobrego stanu, a nawet bez jakiegokolwiek zmniejszenia przybytku wagi. O ile przybytek wagi jest prawidłowy, to zaburzenia te niewymagają żadnego leczenia. Jeżeli natomiast zbyt duża liczba stolców odbija się ujemnie na krzywej wagi, wtedy istnieją wskazania do częściowego wprowadzenia mieszanek antydyspeptycznych, przetworów wapnia, jak w grupie poprzedniej, oraz usuwania śluzu z jelita grubego przy pomocy lawatywek z rumianku (1 — 2 razy dziennie). Pod wpływem powyższych zabiegów liczba stolców zazwyczaj zmniejsza się, a dziecko zaczyna lepiej przybierać na wadze.

Biegunki u starszych niemowląt karmionych piersią miewają różne podłoże. Przyczynami ich mogą być:

1. zła pielęgnacja (przegrzewanie)

2. błędy dietetyczne (najczęściej przekarmianie)

3. zaburzenia żołądkowe w okresie odstawiania od piersi

4. biegunki na tle infekcji pozajelitowych.

Zależnie od tego, który z powyżej przytoczonych czynników odgrywa główną rolę, postępowanie lecznicze musi być różne.

ad. 1. W tych wypadkach należy dziecku zapewnić odpowiednią pielęgnację, unikając przegrzewania. Dostateczne przewietrzanie mieszkania, chronienie niemowląt przed opalaniem na słońcu i właściwe posłanie (becik z włosia, morskiej trawy lub suchego mchu) stanowi o mniej lub więcej szybkim efekcie leczniczym.

ad. 2. W przypadku zwykłego przekarmienia niemowlęcia należy uregulować jedzenie, a nawet zmniejszyć przejściowo poszczególne porcje poniżej potrzebnej dla dziecka w zwykłych warunkach normy. Uzupełniamy wtedy zmniejszoną ilość jedzenia herbatą lub klejem ryżowym (1 — 3%) z dodatkiem maltozo-dekstryny (5 — 7,5%). Dla uniknięcia przekarmienia najlepiej odważać poszczególne jedzenia. Jeśli to nie jest możliwe, to przynajmniej zmniejszyć czas trwania karmienia (np. 5 — 7 minut zamiast 10 — 15). Biegunki, powstałe na skutek częściowego głodzenia niemowlęcia, usuwany przez uzupełnienie brakującej ilości pokarmu. Należy tu podkreślić, że zawsze, gdy z jakichkolwiek bądź powodów ograniczamy niemowlęciu karmionemu piersią jedzenie, należy pamiętać o konieczności każdorazowego dokładnego opróżnienia piersi. Zaleganie bowiem pokarmu prowadzi do jego zastoju w piersi i wreszcie do zanikania. Wystarczy niekiedy nawet kilkudniowe niedostateczne i nieregularne opróżnianie piersi, by spowodować częściowy lub całkowity zanik pokarmu.

ad. 3. Często przyczyną biegunek u niemowląt są błędy przy odstawianiu dziecka od piersi. W związku z tym należy przestrzegać by:

a) odstawianie odbywało się stopniowo przez kolejne zastępowanie poszczególnych karmień pożywieniem sztucznym,

b) unikać za wszelką cenę odstawiania niemowlęcia od piersi (zwłaszcza młodego) w okresie upalnych miesięcy.

Należy zatem niemowlę odstawić od piersi już w okresie wiosny lub w początkach lata, albo też przedłużyć karmienie aż do miesięcy września — października. W razie zjawienia się biegunki po odstawieniu dziecka od piersi należy wrócić do karmienia naturalnego lub co najmniej przejść na odżywianie mieszane.

ad. 4. Jeżeli biegunka powstaje jako skutek zakażenia pozajelitowego, to głównie uwagę zwracamy na opanowanie właściwego cierpienia, a wtedy i zaburzenia żołądkowo-jelitowe samoistnie ustępują. W przypadkach cięższego przebiegu biegunek, stosujemy leczenie opisane poniżej (biegunki średniociężkie).

U dzieci odżywianych sztucznie w lekkich przypadkach biegunek wystarczy już sama zamiana dotychczas podawanej zwykłej mieszanki na mieszankę antydyspeptyczną o zmniejszonej ilości mleka, z dodaniem preparatów białkowych, a zamiast cukru zwykłego — odpowiedniej ilości maltozo-dekstryny. Zawsze w tych przypadkach zmniejszamy ogólną ilość jedzenia dziecka, pamiętając o podawaniu wystarczającej ilości płynów. Farmakologicznie

podajemy, jako uzupełnienie leczenia dietetycznego, przetwory wapnia.

Biegunki średnio ciężkie.

Do tej kategorii ostrych zaburzeń żołądkowo-jelitowych zaliczamy uporczywe biegunki, którym towarzyszą objawy ogólne, jak podwyższona ciepłota, niepokój, wymioty, znaczny spadek wagi i odwodnienie.

A zatem umieszczamy w tej grupie wszelkie biegunki o przebiegu cięższym, niezależnie od ich etiologii, za wyjątkiem stanów przebiegających z zatruciem. Tego rodzaju zaburzenia występują stosunkowo rzadko u dzieci karmionych piersią i przeważnie dotyczą niemowląt odżywianych sztucznie.

Podstawą leczenia we wszystkich tego rodzaju przypadkach jest odpowiednie postępowanie dietetyczne. Leczenie farmakologiczne stanowi tylko uzupełnienie leczenia dietetycznego.

Postępowanie dietetyczne polega na:

a) zmniejszeniu niemowlęciu ilości pożywienia,
b) zapewnieniu dostatecznej ilości płynów,
c) podawaniu mieszanek łatwo przyswajalnych i trudno fermentujących.

Ponieważ leczenie biegunek tej kategorii opiera się na jednakowych zasadach u dzieci karmionych piersią i odżywianych sztucznie, omawiać będziemy obydwie te grupy łącznie.

Zaczynamy zazwyczaj od zastosowania diety wodnej (głodówki), która trwa od 12 do 24 godzin, zależnie od ciężkości przypadku i wieku dziecka. Im przypadek cięższy i im niemowlę starsze ,tym okres głodzenia może trwać dłużej. W tym czasie niemowlę otrzymuje płyny w postaci lekkiej herbaty, słodzonej maltozo - dekstryną (5%), i sacharyną, roztworów hypotonicznych soli kuchennej i sody (NaCl i $NaHCO_3$ po 1,0 — 5,0 g na 1 litr) w ilości odpowiadającej normalnemu zapotrzebowaniu dziecka (120 — 170 g na kg wagi). W razie uporczywych wymiotów stosujemy wstrzykiwania domięśniowo i podskórnie 5% roztworu glukozy i roztworu fizjologicznego (lub Ringera) w ilości 50 — 100 cm³ jeden lub dwa razy na dobę.

Po okresie diety wodnej rozpoczynamy podawanie pokarmu odstrzykniętego lub w braku tegoż mieszanek antydyspeptycznych, zastępując nimi płyny obojętne. W pierwszej dobie niemowlę powinno otrzymać je w ilości 50 — 100 g; wprowadza się jednocześnie w dwukrotnie większej ilości 1 — 3% klej ryżowy z dodatkiem maltozo - dekstryny (5%). W następnych dniach zwiększa się codziennie o 50—100 g ilość pożywienia, dążąc do całkowitego pokrycia zapotrzebowania kalorycznego dziecka.

Mieszanki, które nadają się w tych przypadkach są różne — a więc: maślanka [1]) z dodatkiem cukrów trudno fermentujących, zwykłe lub zakwaszone (kwasem mlecznym) mleko białkowe Feera, mieszanki kwaśne Mariotta [2]), klej ryżowy z dodatkiem preparatów białkowych (lakton, plasmon, larosan), maltozo-dekstryny oraz śmietanki (10%) i wreszcie mleko białkowe Finkelsteina i L. F. Mayera (działanie nawadniające jego jest jednak słabe).

W miarę poprawy stanu ogólnego i zmniejszenia się ilości wypróżnień przechodzi się zwolna do zwykłej diety, odpowiedniej dla danego dziecka.

Biegunki średnio - ciężkie zarówno u dzieci karmionych piersią, jak i odżywianych sztucznie, można także leczyć dietą jabłkową [3]) (bananową). Stosuje się ją jednakże u dzieci starszych — od 2. kwartału życia, wyjątkowo wcześniej. Dieta ta polega na podawaniu dzieciom jabłek lub bananów w postaci masy roztartej w ilości 500 — 1000 g na dobę. Wahania w ilo-

---

[1]) Wg M. Michałowicza maślankę przygotowuje się w sposób następujący: 1. wyznaczoną porcję mleka odtłuszczamy przez wirowanie, 2. następnie zakwaszamy przez dodanie 1 stołowej łyżki zakwaski (mleko kwaśne), 3. stawiamy na 24 godziny w cieple, 4. następnie gotujemy na wolnym ogniu mieszając stale, 5. do tak przygotowanej maślanki dodajemy 1% mąki pszennej i 5% maltonu, podnosząc przez to jej kaloryczną wartość do 64 kal.

[2]) Do przegotowanego i ostudzonego mleka dodaje się kroplami, dokładnie mieszając, na każde 100 cm³ mleka 5 g 10% kwasu mlecznego. Z tak zakwaszonego mleka przygotowuje się mieszanki o różnym stężeniu, rozcieńczając je odpowiednio klejem ryżowym i dodając preparaty białkowe (2%) i węglowodany trudnofermentujące (5 — 7,5%).

[3]) Patrz. R. Barański i T. Lewenfiszowa: Uwagi w sprawie wartości diety jabłkowej na podstawie spostrzeżeń klinicznych. Ped. Pol. 4 1938.

ści podanej masy jabłkowej zależą od wieku dziecka i od tego czy niemowlę ją chętnie przyjmuje. Gdy niemowlę jest młode, masę jabłkową rozcieńczamy herbatą lub płynami hypotonicznymi tak, by otrzymać objętość jedzenia odpowiednią dla wieku danego dziecka. W tych ostatnich przypadkach można także stosować zamiast zwykłych jabłek gotowe preparaty, zawierające proszek jabłkowy.

Wyłącznie dietę jabłkową otrzymuje niemowlę w ciągu dwu dni, po czym zmniejszamy stopniowo ilość masy jabłkowej (po 100 — 200 g dziennie), wprowadzając jednocześnie klej ryżowy z dodatkiem preparatów białkowych oraz maltozo-dekstryny i kaszkę na wodzie z masłem (u starszych dzieci). Staramy się unikać przy tym jednoczesnego stosowania masy jabłkowej i mieszanek mlecznych, na które przechodzimy ostrożnie po całkowitym wycofaniu się z jabłek.

Dieta jabłkowa oddaje bardzo duże usługi w leczeniu biegunek średnio - ciężkich. W większości przypadków osiągamy szybką poprawę stolców, które gęstnieją, stają się mniej liczne i zawierają coraz mniejsze ilości śluzu i krwi. Wyzdrowienie występuje na ogół znacznie szybciej, niż przy stosowaniu diet poprzednich, nieowocowych. Istnieją jednak przypadki, w których dieta owocowa zawodzi i trzeba uciec się w końcu do diety wodnej (głodówka) i dalej prowadzić leczenie w myśl przesłanek dietetycznych przedstawionych wyżej.

L e c z e n i e f a r m a k o l o g i c z n e w tych stanach odgrywa rolę drugorzędną. Leczenie przyczynowe jest możliwe oczywiście tylko w przypadkach o ustalonej etiologii. Podajemy środki tonizujące układ krążenia, wśród nich na podkreślenie zasługuje koffeina (Sol. coffeini natrio-benzoici 0,5 — 1%, 5 razy dziennie po 5,0 g) która wzmaga jednocześnie diurezę. Przetworów makowca należy bezwzględnie unikać; natomiast jest wskazane stosowanie preparatów wapnia, tanniny itp. Można także zalecać dawniej stosowaną emulsję rycynową z salolem. Miejscowo wprowadzamy lawatywki z rumianku, lnianego siemienia lub też z argentum nitricum w rozcieńczeniu 1:100 = 2000. W razie niepokoju i bezsenności dziecka podajemy środki uspakajające i nasenne. Na szczególne podkreślenie zasługuje podawanie w cięższych przypadkach krwi rodziców domięśniowo w ilości 10 — 15 cm^3 co 2 — 3 dzień.

Biegunki ciężkie.

Do tej kategorii zaliczamy przypadki ciężkich biegunek, którym towarzyszą stany zatrucia [4]). Spotykamy je prawie wyłącznie w okresie letnich upałów zwłaszcza w miesiącu sierpniu — wrześniu. Przebieg tego cierpienia jest niezwykle ciężki, a śmiertelność w niektórych latach sięga 80%. Ciężkie biegunki z zatruciem są w piśmiennictwie pediatrycznym opisywane pod różnymi nazwami :jak cholera infantum, colitis toxica, toxicosis, autointoxicatio, diarrhée choleriforme, coma dyspepticum, alimentäre Intoxication itp.

Patogeneza tych stanów nie jest jeszcze ustalona, a występują one pod wpływem najróżnorodniejszych czynników etiologicznych. Wśród tych czynników zatrucie pokarmowe posiada coraz to mniejsze znaczenie w miarę rozwoju stacyj opieki nad niemowlętami i postępującego w ślad za tym szkolenia matek w zakresie pielęgnacji i odżywiania niemowląt. Główną rolę odgrywa w tych stanach czynnik infekcyjny i to zarówno infekcja jelitowa — najczęściej w t. zw. zapaleniach jelita grubego, niezależnie od tła, na którym one powstały (grupa durów, czerwonki i różne mutacje b. coli) — jak i zakażenie pozajelitowe (grypa, ropomocz itp.).

Wrodzona skłonność niemowlęcia — czynnik konstytucjonalny niewątpliwie ma również duże znaczenie w powstawaniu zespołu objawów zatrucia.

Głównymi objawami tego zespołu są: gorączka, wymioty, bardzo liczne śluzowe stolce, czasem z większą lub mniejszą domieszką krwi i ropy; daleko posunięte wysuszenie — skóra na brzuchu ujęta w fałd wygładza się bardzo powoli; niepokój, stany zamroczenia lub całkowitej utraty przytomności; szybki, głęboki kwasiczy oddech (oddech „gonionego zwierza"); zaburzenia w czynności narządu krążenia (drobne szybkie tętno, skłonność do zapaści) i wreszcie gwałtowny spadek wagi. Temu zespołowi objawów bardzo często towarzyszy zapalenie ucha środkowego, które może przebiegać skrycie jako zapalenie utajone.

Leczenie tych stanów chorobowych jest

---

[4]) Patrz R. B a r a ń s k i i M. B u s s e l: Uwagi w sprawie leczenia stawów zatrucia dzieci do lat 2-ch na podstawie materiału klinicznego. Ped. Pol. Nr. 4 1937.

niezmiernie trudne. Próby leczenia przyczynowego udają się oczywiście tylko w tych przypadkach, w których zdołano ustalić etiologię, a więc: przy zajęciu ucha środkowego wykonuje się przecięcie błony bębenkowej, a w razie odpowiednich wskazań i trepanację wyrostka sutkowego, w przypadkach rozległych zmian ropnych skóry — ropnie należy pootwierać itp.

W większości przypadków musimy się ograniczyć z konieczności tylko do leczenia objawowego. W pierwszym rzędzie walcząc z daleko posuniętym wysuszeniem niemowlęcia staramy się go nawodnić. Postępowanie nasze będzie więc zbliżone do tego, jakie podaliśmy przy omawianiu biegunek średnio - ciężkich. A zatem: dieta wodna, podawanie płynów doustnie, podskórnie i domięśniowo. W poszczególnych przypadkach uciekamy się nawet do stałych wlewań dożylnych.

Co do zagadnienia, który z płynów (roztwory glukozy, rozczyn Ringera, izotoniczny rozczyn sody), zazwyczaj używanych, w danym przypadku szczególniej nadaje się do zastosowania, to wybór ich uzależniamy od zachowania się równowagi kwaso - zasadowej i miana chloru we krwinkach i osoczu. W przypadkach hypochloremii należy stosować rozczyn Ringera, w stanach kwasicy — rozczyny sody, a w stanach hyperchloremii — roztwory glukozy. W przypadkach, w których nie udało się ustalić zachowania równowagi kwaso - zasadowej, które przebiegają z uporczywymi wymiotami, stosujemy zazwyczaj rozczyny glukozy i rozczyn Ringera, w przypadkach zaś z dużym oddechem kwasiczym podajemy prócz glukozy — sodę (B a r a ń s k i i B u s s e l).

Ze względu na znacznie uszkodzoną tolerancję, odżywianie po okresie diety wodnej rozpoczynamy jeszcze bardziej ostrożnie, niż w poprzedniej grupie biegunek i podajemy, o ile tylko to możliwe, pokarm kobiecy 25 — 50 g w małych dawkach (5 — 10 g na porcję) w przeciągu pierwszej doby. W następnych dniach ilość pożywienia zwiększamy codziennie o 25 — 50 g. W razie braku pokarmu posługujemy się mieszankami kwaśnymi, o których była już wyżej mowa.

Celem lepszego wiązania wody B a r a ń s k i i B u s s e l radzą stosować podskórnie lub doustnie wyciąg z tylnej części przysadki 2 — 3 razy dziennie w dawkach od 0,1 — 0,25 g.

W stanach biegunkowych przebiegających z zatruciem stwierdza się bardzo często uszkodzenie wątroby (stłuszczenie), stąd celowe jest leczenie substytucyjne, polegające na podawaniu wyciągów z wątroby. Podaje się je 1 — 2 razy dziennie domięśniowo po 1 cm^3.

Ze stanami zapaściowymi walczymy, stosując preparaty adrenaliny i jej pochodnych. Koffeinę niemowlę otrzymuje przez cały czas leczenia.

Duże znaczenie w zwalczaniu stanów zatrucia posiadają przetaczania krwi. Stosujemy małe ilości krwi (30 — 50 cm^3), powtarzając transfuzję w razie potrzeby kilkakrotnie.

Dieta jabłkowa u niemowląt ze stanami zatrucia daje (w odróżnieniu od chorych poprzedniej kategorii z biegunkami średnio - ciężkimi), niezbyt zachęcające wyniki. Jak wynika z pracy R. B a r a ń s k i e g o i T. L e w e n f i s z o w e j z pośród 27 przypadków zatrucia, leczonych w Klinice Chorób Dziecięcych U. J. P. podawaniem diety jabłkowej poprawę uzyskano tylko w 10 przypadkach, natomiast w pozostałych 17 przypadkach nastąpiło zejście śmiertelne.

Na zakończenie należy podkreślić, że okres reparacyjny niemowlęcia w przebiegu ciężkich biegunek trwa długo i wynosi nieraz 3 — 4 tygodnie. Należy zatem przechodzić ostrożnie do diety zwykłej, by nie spowodować ponownego pogorszenia stanu dziecka.

LECZENIE SOLAMI ZŁOTA WCZESNYCH POSTACI ZAKAŻENIA GRUŹLICZEGO, TYPU DZIECIĘCEGO

podał

DR MED. JERZY WISZNIEWSKI

b. Dyrektor Sanat. L. S. P. w Świdrze i Otwocku.

Uwagi ogólne.

Mając do dyspozycji w Sanat. L. S. P. w Świdrze w r. 1935-1936 szereg przypadków czynnej gruźlicy typu dziecięcego, u osobników w wieku od 4 do 13 lat, chcę omówić sposoby i wyniki stosowania u nich preparatów złota.

Przede wszystkim muszę wyjaśnić w jakich postaciach gruźlicy dziecięcej stosowano powyższe leczenie i dlaczego.

Podkreślam na wstępie, że nie będę w pracy niniejszej omawiał stosowania złota w gruźlicy przewlekłej, prątkującej, typu dorosłych, lecz wyłącznie we wczesnych postaciach dziecięcych, występujących w pierwszych miesiącach lub latach po przebytym pierwotnym zakażeniu gruźlicą.

Postacie te obejmują: czynną gruźlicę gruczołów wnękowych lub przytchawicowych (jako tzw. nacieczenia przywnękowe), duże nacieczenia okołoogniskowe, obejmujące nieraz części lub całe zrazy płuca, z towarzyszącymi im odczynami opłucny międzyzrazowej i przyściennej, oraz niewielkie drobnoogniskowe rozsiania typu hematogennego.

Podkreślam również, że aczkolwiek sprawy te zaliczamy do względnie łagodnych schorzeń gruźliczych u dzieci, gdyż w większości przypadków nie prowadzą one do uchwytnego rozpadu tkanki i przejścia w gruźlicę przewlekłą, prątkującą, to jednak obawiamy się zawsze, śmiertelnych rozsiań uogólnionych typu prosówki lub gruźliczego zapalenia opon.

Poza tym sprawy te trwają długo(szereg miesięcy do paru lat) i w następstwie ich zbyt często pozostają trwałe zmiany anatomiczne w postaci zmian marskich i rozstrzeni oskrzeli, upośledzających w wysokim stopniu n a s t a ł e czynnościową sprawność narządu oddechowego.

Poszukiwanie więc dla tych pozornie łagodnych postaci leczenia bardziej skutecznego, niż zwykłe wyczekiwanie w warunkach oszczędzających ogólnie ustrój, jest zupełnie uzasadnione. Poza tym, sprawy te mają znaczenie ogólniejsze, pod względem biologicznym. Wymaga to szerszego wyjaśnienia.

Zakażenie pierwotne gruźlicą zdarza się najczęściej w wieku dziecięcym lub młodzieńczym. Przebieg i ostateczne zejście zakażenia pierwotnego mogą być różne. w zależności od wieku dziecka, rodzaju zakażenia i dalszych warunków kondycjonalnych (trwająca styczność z osobnikiem prątkującym, szkodliwe bodźce ogólne). Upraszczając, można to ująć w schemat następujący:

1. Dziecko zakażone ginie w parę miesięcy po zakażeniu wskutek postępującego uogólnienia (prosówka) lub bezpośredniego rozwoju z ogniska, respective nacieczenia pierwotnego, gruźlicy rozpadowej z dalszymi rozsianiami bronchogennymi.

L e c z e n i e t y c h p o s t a c i z r e g u ł y j e s t b e z s k u t e c z n e.

2. Dziecko zakażone szybko i ostatecznie opanowuje zakażenie.

Ognisko pierwotne i drobne rozsiania w drogach chłonnych i gruczołach wnękowych ulegają zbliznowaceniu i zwapnieniu.

Sprawa nigdy już nie przechodzi w dalszym życiu osobnika w stan czynny, pomimo niepomyślnych bodźców, powtórnych zakażeń itp. Zakażenie pierwotne odegrało rolę szczepienia ochronnego i nic poza tym.

3. Między tymi możliwościami krańcowymi, istnieje duża grupa zakażonych, u których zakażenie pierwotne, nie prowadząc do śmierci w najbliższym etapie życia, nie ulega jednak wyleczeniu. Przez szereg lat zakażenie pozostaje czynne, ulegając okresowym obostrzeniom (poussée évolutive), zwłaszcza pod wpływem

bodźców i powtórnych zakażeń (superinfectio).

Czynność ta jest w pewnych okresach klinicznie utajoną (tbc. occulta), lecz, przy stałej obserwacji, zdradza się w płucach powstawaniem drobnoogniskowych rozsiań, odczynów opłucnej, nacieczeń przywnękowych i okołoogniskowych, na terenie innych narządów jak gruźlica kości, skóry itp.

Większość tych schorzeń ma w wieku od 3 do 10 lat charakter lokalnie i ogólnie łagodny; w wieku pokwitania częściej zaczyna grozić rozpad i przejście w gruźlicę przewlekłą, prątkującą. Walka ustroju z zakażeniem, gruźlicą, może zakończyć się po latach ostatecznie wyleczeniem i przejściem osobnika do grupy Nr. 2, lub załamaniem się i przejściem do grupy Nr. 1. (późna prosówka i meningitis tbc., pneumonia caseosa). Wreszcie, jak już zaznaczyłem, większy rozpad tkanki, przy istniejącej już nabytej odporności ogólnej, zapoczątkowuje w wieku pokwitania lub później przewlekłą gruźlicę prątkującą typu dorosłych, którą można oznaczyć jako grupę czwartą w szeregu rodzajów zejścia zakażenia pierwotnego gruźlicą. Nie negując wcale roli dodatkowej (przyśpieszającej) zakażeń powtórnych (superinfectio) w powstawaniu przewlekłej gruźlicy prątkującej, nie ulega dla mnie większej wątpliwości, że zakażenie pierwotne odgrywa przy tym rolę zasadniczą. Gruźlica otwarta powstaje albo bezpośrednio w wyniku zakażenia pierwotnego (postaci ostre), albo po dłuższym czasie, w następstwie stopniowego przestrajania odczynowości ustrojowej, pod wpływem okresowych, rzutowych obostrzeń dalszych etapów limfo i hematogennych z ogniska pierwotnego. Samo ognisko przy tym może już być zwapniałe i nieczynne.

A zatem grupa dzieci z objawami okresowymi czynnego zakażenia gruźlicą jest najważniejszą ze stanowiska zapobiegawczego i leczniczego. Im szybciej ulegnie wygojeniu pierwszy i każdy następny odczyn zapalny, tym więcej szans na ustanie nowych rzutów i na osiągnięcie ostatecznego wyleczenia (przejście do grupy II). Poza tym szybkie wessanie nacieczenia zapobiega tworzeniu się zmian marskich i rozstrzeni oskrzeli.

Zagadnienie leczenia zakażenia gruźliczego ma niewątpliwie cechy analogiczne z zagadnieniem leczenia wszelkich przewlekłych chorób infekcyjnych (np. kiły), tzn. p o w i n n o b y ć r o z p o c z ę t e j a k n a j w c z e ś n i e j o d c h w i l i z a k a ż e n i a, j e ż e l i n i e c h c e m y, a b y g ł ę b o k i e z m i a n y b i o l o g i c z n e z a c h o d z i ł y s t o p n i o w o w u s t r o j u z a k a ż o n y m.

W zakażeniu pierwotnym gruźlicą, na przeszkodzie ku temu stoi brak środka leczniczego o skuteczności podobnej do środków przeciwkiłowych. Poza tym, na zagadnienie leczenia wczesnego w gruźlicy zwraca się a priori mniejszą uwagę, ale nie słusznie, z tego względu, iż pierwotne zakażenie gruźlicze ulega klinicznemu wyleczeniu, nie grożąc dalej żadnymi poważnymi następstwami. Z tego punktu widzenia mają słuszność ci, którzy określają gruźlicę jako najłagodniejsze ze znanych zakażeń p r z e w l e k ł y c h.

Jednakże w wielu przypadkach, tak nie jest; zakażenie gruźlicze cechuje się przede wszystkim znacznie większym utajeniem w ustroju, natomiast jego szkodliwa czynność biologiczna jest zjawiskiem znacznie częstszym, a zwłaszcza znacznie bardziej długotrwałym, niż o tym sądzimy powierzchownie na podstawie braku uchwytnych i bezpośrednich zmian chorobowych. Długotrwała walka biologiczna ustroju z zakażeniem ma tendencję do przestrajania odczynowości tkankowej, w kierunku coraz to większego powinowactwa komórek do jadu gruźliczego i tym samym zwiększonej ich uszkadzalności lokalnej. Dzięki temu ulega wprawdzie zahamowaniu uogólnienie zmian, lecz wynik tego przestrajania jest w pewnym momencie dla ustroju raczej zjawiskiem niepomyślnym, gdyż zmiany „lokalne" toczą się przeważnie w narządzie tak ważnym dla ustroju, jak płuca.

W pracy niniejszej chcę do pewnego stopnia wyjaśnić, czy i w jakim stopniu leczenie solami złota odpowiada, chociażby w przybliżeniu, przesłankom o potrzebie wczesnego leczenia zakażeń przewlekłych. Do wykazania tego, nie nadają się jednak ciężkie, wczesne, gruźlicze zmiany, typu grupy 1., tak jak nie nadają się do wykazania skuteczności swoistego leczenia przeciwkiłowego, ciężkie formy narządowe kiły wrodzonej noworodków (lues visceralis).

Natomiast łagodniejsze zmiany grupy 3., u dzieci, są doskonałym i czułym

wskaźnikiem celowości zastosowanej terapii.

Łatwo przekonać się o tym, jeżeli zastosujemy w tych przypadkach niecelowe leczenie bodźcowe (naświetlania, wstrzykiwania przetworów białka, tuberkuliny itp.).

Wtedy możemy zaobserwować obostrzenia, wzniesienia gorączki, nasilenie objawów toksycznych, gwałtowne powiększenie obszaru zmian (nacieczeń), a czasami nawet niebezpieczne rozsiania.

Zjawiska te obserwujemy przy przypadkowym zadziałaniu tych bodźców na zakażone dziecko. W leczeniu dotychczasowym, jak wiadomo, staramy się o ograniczenie do minimum wszelkich bodźców, o zupełny spokój fizyczny i psychiczny dla dziecka, słowem przez szereg miesięcy stosujemy leczenie tzw. oszczędzające ustrój. Leczenie to jest do pewnego stopnia skuteczne, ale często nie wystarczające i zbyt długotrwałe. Wyniki są zdane zawsze na „los szczęścia".

Parę uwag o historii stosowania złota w gruźlicy dziecięcej.

Prace o stosowaniu złota w leczeniu gruźlicy w ogóle (przeważnie u dorosłych), są bardzo liczne, zwłaszcza w piśmiennictwie zagranicznym; podejście jednak do zagadnienia jest przeważnie inne, niż nasze. Autorom przeważnie chodzi w leczeniu gruźlicy o środek, który by się okazał skuteczny w przypadkach skazanych na zejście niepomyślne przy całym dotychczasowym arsenale leczniczym, z odmą i leczeniem sanatoryjnym na czele. Ponieważ w okresie powszechnych prób nad Sanocrysine Mölgaarda w r. 1924 — 1925, środek ten nie spełnił pokładanych nadziei, wielu autorów odrzuca a limine leczenie powyższe, szczególnie ze względu na zdarzające się ciężkie powikłania toksyczne. Należy także zauważyć, że już dawniej (przed sanocrysyną) istniały i były stosowane w Niemczech organiczne związki złota, (K r i s o l g a n i T r i p h a l), czasami z powodzeniem, szczególnie w gruźliczych cierpieniach skóry. Obecnie prócz sanocrysyny znany jest szereg nowych związków organicznych, jak Allochrysine (Lumière — Nasierowski), Altochrysme, Myochrysina (Spiess) w postaci zawiesiny w olejku do stosowania domięśniowego, Oléochrysine (Lumière — Nasierowski) etc.

Pomimo różnych, częściowo słusznych zastrzeżeń przeciwko bezkrytycznemu stosowaniu soli złota, wielu wybitnych fizjologów stosuje nadal złoto, jako środek pomocniczy, w odpowiednich przypadkach gruźlicy płuc u dorosłych, notując zwłaszcza w y r a ź n y w p ł y w h a m u j ą c y n a n o w e r z u t y (poussée évolutive) w i c h p o c z ą t k o w e j f a z i e, z a n i m n i e p o w s t a n i e r o z p a d t k a n k i. (L e o n B e r n a r d). T e n ż e a u t o r n a j d o b i t n i e j p o d k r e ś l a w p ł y w n a c i e p ł o t ę g r u ź l i c z ą i w y k r z t u s z a n i e, z j a w i s k a p o t w i e r d z o n e p r z e z n a s c a ł k o w i c i e n a m a t e r i a l e d z i e c i ę c y m.

Pomimo to nie wyjaśniono dotąd, nawet klinicznie, charakteru pomyślnego działania złota w niektórych przypadkach i nie ustalono dotąd wskazań i przeciwwskazań. Stąd rodzi się mnóstwo sprzeczności i nieporozumień.

Przeważnie zalicza się złoto do grupy środków bodźcowych niezróżniczkowanych, co jest, jak nam się zdaje, zasadniczym błędem, zwłaszcza przy ustalaniu wskazań.

Na podstawie naszych obserwacji skłonni jesteśmy sądzić, że efekt leczniczy złota jest wręcz odmienny, w porównaniu z działaniem wszelkich znanych bodźców, bądź chemicznych, bądź ogólnych. W p ł y w t e n w e w s z y s t k i c h p r z y p a d k a c h z a z n a c z a s i ę o g ó l n i e b i o r ą c, j a k o h a m o w a n i e z a p a l e n i a a n i e p o b u d z a n i e. S t ą d w p ł y w l e c z n i c z y z a z n a c z a s i ę w t y c h f o r m a c h g r u ź l i c y, k t ó r e w y m a g a j ą p a r e x c e l l e n c e l e c z e n i a o s z c z ę d z a j ą c e g o i p r z y k t ó r y c h b o d ź c e s ą p r z e c i w w s k a z a n e. Postaci gruźlicy pierwotnej typu dziecięcego należą jak wiadomo, do tej grupy. U dorosłych zaś tylko te okresy, (przy braku w ogóle daleko posuniętych zmian i zmian degenerujących w narządach wewnętrznych), w których odgrywa większą rolę zapalenie oboczne (perifocale Entzündung). A więc najbardziej początkowe okresy pierwszych lub nowych rzutów. Większe zaś zmiany destrukcyjne i naogół przypadki o nie-

wątpliwym złym rokowaniu nie nadają się do stosowania złota, gdyż jedynie będą pomnażać statystykę powikłań po-złotowych. Wrażliwość bowiem ustroju na toksyczne działanie metali zdaje się wyraźnie wzrastać w miarę istniejących już zmian toksyczno - degeneracyjnych w wątrobie i nerkach.

Jeżeli chodzi teraz specjalnie o wiek dziecięcy, to S a y é sądzi, że tutaj są skojarzone najlepsze warunki do leczenia złotem: wysiękowe odczyny zapalne bez znacznego rozpadu tkanki, częste rozsiania i przerzuty, sprawne funkcjonowanie narządów wydalniczych, „nowy" w stosunku do zakażenia ustrój. Autor ten stosował złoto u dzieci w wieku od 1 do 9 lat, ale w sprawach przeważnie ciężkich (prątki). Tolerancja leczenia była dobra, wyniki autor uważa za bardzo dobre. W ü r t z e n u dzieci w wieku od 1 do 3 lat, na 16 przypadków gruźlicy prątkującej (a więc ostrych pierwotnych postaci), otrzymał w 6-ciu zupełne wyleczenie. A r m a n d - D e l i l l e stosował złoto z powodzeniem u dzieci, jako leczenie uzupełniające przy odmie. Podobnie L. B e r n a rd, D u m a r e s t, H e c h t e r. Ci autorzy jednak ograniczają przeważnie zakres stosowania złota u dzieci do przypadków gruźlicy rozpadowej, przy niemożności zastosowania odmy, lub jako leczenie uzupełniające przy odmie.

H i n a u l t i M o l l a r d poddają rewizji ten punkt widzenia, a K n u d S e c h e r i S a y é wypowiadają się całkowicie odmiennie.

S a y é twierdzi, że s t o s o w a n i e z ł o t a u d z i e c i j e s t p r z e d e w s z y s t k i m w s k a z a n e w p o c z ą t k o w y c h o k r e s a c h z a k a ż e n i a i p r z y z m i a n a c h t y p u w y s i ę k o w e g o (n a c i e c z e n i a, g r u ź l i c a g r u c z o ł o w a i o p ł u c n y), a t a k ż e p r z y w c z e s n y c h, p i e r w o t n y c h, r o z s i a n i a c h. Tolerancja leku wg S a y é jest doskonała; sądzi on, że można i należy dojść do 0,02 g na kilo wagi (pro dosi). Dawek tak dużych nigdy osobiście nie stosowaliśmy i uważamy je za zbędne w większości schorzeń tego typu.

Spostrzeżenia własne.

Działanie złota na zapalenie gruźlicze posiada pewne cechy wybiórczości, gdyż np. próby nasze ze stosowaniem także innego metalu (bismutu) w tych że postaciach gruźlicy dziecięcej wypadły negatywnie w porównaniu do wpływu złota.

Aby nie uledz poza tym pewnej sugestii, w szeregu analogicznych postaci gruźlicy dziecięcej i to przy ogólnym dobrym stanie dzieci i bez gorączki, nie stosowaliśmy złota, lecz tylko zwykłe leczenie klimatyczne. P o r ó w n a n i e w y n i k ó w w y p a d a w y r a ź n i e n a k o r z y ś ć l e c z e n i a z ł o t e m, g d y ż p o k i l k u m i e s i ą c a c h p o b y t u w S a n a t o r i u m d z i e c i n i e l e c z o n e z o s t a ł y w r e s z c i e w y p i s a n e z e z m i a n a m i r a d i o l o g i c z n y m i z u p e ł n i e i d e n t y c z n y m i, j a k p r z y p r z y j ę c i u. Podaję kilka przykładów:

1. O. Helena, lat 5, przybyła do Sanat. 20.II.36 z rozpoznaniem nacieczenia swoistego w prawym płucu. (Badanie komisyjne w Poradni L. S. P. w W-wie). Odczyn tuberkulinowy dodatni. Nie gorączkuje.

Klinicznie: przytłumienie w linii pachowej przedniej i od przodu od III. ż. w dół. Oddech w tym miejscu osłabiony. Przy głębokim oddechu słyszalne b. drobne rzężenia wilgotne (subcrepitatio).

Rentgen (Dr E m i l G ł o w a c k i): c i e ń d u ż e g o n a c i e c z e n i a w g r a n i c a c h ś r o d k o w e g o z r a z a p ł u c a p r a w e g o.

Po trzymiesięcznym pobycie w Sanat. (nie leczona złotem), zmiany kliniczne i radiologiczne nie uległy żadnej poprawie.

2. S. Stanisław, lat 4, przybył do Sanat. 17.X.35 z rozpoznaniem nacieczenia swoistego w górnym prawym zrazie (badanie komisyjne w Poradni L. S. P. w W-wie); odczyn tuberkulinowy dodatni.

Rentgen (Dr E m i l G ł o w a c k i): z a c i e m n i e n i e o c e c h a c h n a c i e c z e n i a m i ą ż s z o w e g o w g ó r n e j p r z y m o s t k o w e j p r z e s t r z e n i p ł u c a p r a w e g o.

Po 2-ch mies. (17.XII.), zmiany (nie leczone złotem) nie uległy żadnej regresji.

3. Z. Ryszard, lat 3, przybył do Sanat. 17.X.35 z rozpoznaniem swoistego nacieczenia przy wnękowego prawostr. (badanie komisyjne w Poradni L. S. P. w W-wie). Styczność z matką prątkującą. Odczyn tuberkulinowy dodatni.

Rentgen (D r E m i l G ł o w a c k i): d o ś ć d u ż y t r ó j k ą t n y c i e ń n a c i e c z e n i a n a p o g r a n i c z u d o l n e j i ś r o d k o w e j ⅓ p ł u c a p r a w. z w y r a ź n y m o d c z y n e m o p ł u c n y m i ę d z y p ł a t. i p o w i ę k s z e n i e m w n ę k i p r a w e j.

Po 4-ro miesięcznym pobycie w Sanat. zmiany (nie leczone złotem) nie uległy żadnej regresji.

4. K. Arkadiusz, lat 7, przybył do Sanat. 24. VIII.35 z rozpoznaniem swoistego nacieczenia przywnękowego po str. prawej stwierdzono go w dn. 26.VI.35 (badanie komisyjne w Poradni L. S. P. w W-wie), odczyn tuberkulinowy dodatni.

Rentgen: (Dr Emil Głowacki): duży cień nacieczenia przywnękowego prawostr. w kształcie trójkąta, z wyraźnym odczynem opłucny międzypłatowej.

Po pięciu miesiącach zmiany powyższe nie uległy żadnej regresji (nie leczony złotem).

Widzimy więc, że zmiany nacieczeniowe tego typu utrzymują się b. długo, nawet przy leczeniu ogólnym sanatoryjno-klimatycznym.

Porównawczo, zupełnie inaczej zachowują się zmiany podobne w przypadkach leczonych złotem. W żadnym przypadku nie zdarzyło się, aby zmiany nie uległy regresji. W nacieczeniach niedużych zarówno przywnękowych, jak i umiejscowionych w innych polach płuca, ustępowanie nacieczenia, idące zawsze w parze z ogólną poprawą samopoczucia i wyrównaniem krzywej ciepłoty do zupełnej monotermii, — odbywało się nawet nadzwyczaj szybko (po miesiącu). Jedynie bardzo duże nacieczenia, obejmujące prawie cały zraz płuca, zwłaszcza o ile zmiany te trwały już poprzednio kilka miesięcy, zachowywały się oporniej, jednak we wszystkich przypadkach bez wyjątku, w granicach obserwacji sanatoryjnej (2 — 4 miesiące), uzyskiwano bardzo znaczną ich redukcję w obrazie radiologicznym, wraz z poprawą stanu ogólnego i wyrównaniem podgorączkowej ciepłoty do zupełnej normy.

Natomiast w przypadku b. rozległych zmian, ale świeżych (typ splenopneumonii), u dziecka 4-ro letniego otrzymano zupełne restiitutio ad integrum w czasie jednego miesiąca. Podobnie szybko i łatwo reagują na leczenie złotem bardzo znacznie powiększone gruczoły wnękowo-przytchawicowe, bez towarzyszących zmian nacieczeniowych w miąższu płuca.

Podajemy przykłady:

1. A. Mieczysław, lat 7, przybył do Sanat. 29.II.36 z rozpoznaniem dużego pakietu grucz. wnękowych i naciecz. przywnękowego prawostr. (w dn. 1.I.36 badanie komisyjne w Poradni L. S. P. w W-wie), odczyn tuberkulinowy dodatni.

Rentgen (5.III.36 Dr Emil Głowacki): b. znaczne powiększenie i zagęszczenie obu wnęk. Smuga wzrostu międzypłatowego na pograniczu dolnej i środkowej ⅓ płuc. praw. Od 11.III. do 6.IV.36 otrzymał cztery wstrzyknięcia dożylnie po 0,05 g Sanocrysyny. Krzywa ciepłoty poprzednio o wahaniach podgorączkowych, obecnie na poziomie 36,6° — 36,8°.

Rentgen (9.IV. Dr Emil Głowacki): cienie poprzednio znacznie powiększone gruczołów wnękowych — znikły; utrzymuje się jeszcze drobna smuga zrostu międzypłatowego.

2. S. Gołda, lat 8, przybyła do Sanat. 16.I.36 z rozpoznaniem nacieczenia swoistego w płucu lew. Odczyn tuberkulinowy dodatni.

Klinicznie: przytłumienie od tyłu po str. lewej od kąta łopatki w dół z oddechem osłabionym.

Rentgen (zdjęcie, 23.I.36) — duże ognisko cieniowe typu nacieczenia miąższowego w dolnej części płuca lewego.

Od 25.I — 2.III.36 otrzymała 6 zastrzyków Sanocrysyny po 0,05 g dożylnie.

W dn. 9.III.36 badanie radiologiczne (zdjęcie) wykazało: nacieczenie ustąpiło zupełnie.

3. M. Antoni, lat 4, przybył do Sanat. 17.VIII.35 z rozpoznaniem nacieczenia przywnękowego w dn. 8.VI.35 (badanie komisyjne w Poradni L. S. P. w W-wie). Odczyn tuberkulinowy dodatni.

W dn. 29.VIII. ciepłota 39°, samopoczucie złe (krótki pobyt na słońcu).

Klinicznie: po str. lewej od tyłu do ½ łopatki w dół stłumienie, oddech osłabiony, bez rzężeń. Stłumienie nie przechodzi ku przodowi, przestrzeń Traubego wolna.

Rentgen: jednolite zaciemnienie typu nacieczenia miąższowego zajmujące prawie całe pole płuca lewego.

W dn. 30.VIII. otrzymał dożylnie 0,05 g Aurosanu, a w dn. 4.IX. i 12.IX. domięśniowo Myochrysinę po 0,1 g. Stopniowy spadek ciepłoty (krzywa o dużych wahaniach), która po 2 tygod. dochodzi do normy. Stopniowe ustępowanie objawów fizykalnych.

Rentgen (w dn. 30.IX.35. Dr. Emil Głowacki): cień niedużego nacieczenia u podstawy lewego płuca, ograniczenie ruchomości przepony po str. lewej.

Rentgen w dn. 14.X.: bez zmian w płucach. Wypisany po 6-cio miesięcznej obserwacji jako zdrów.

4. B. Antoni, lat 13. Matka zmarła na gruźlicę. Przybył do Sanat. dn. 26.III.36. Odczyn tuberkulinowy dodatni.

Rentgen (2.IV. Dr Emil Głowacki): ognisko zagęszczenia miąższowego w górnej przymostkowej okol. płuca lew. i znaczne powiększenie cienia wnęki lewej.

Od 20.IV. — 7.VI. otrzymał 7 wstrzyknięć dożylnie Sanocrysiny po 0,05 g.

Rentgen w dn. 28.V: Obecnie w miejscu ogniska podobojczykowego widoczne są tylko drobne zwapnienia, — zagęszczenie cienia wnęki lewej wybitnie zmniejszyło się.

5. Ch. Eugeniusz, lat 6, (przypadek ambulatoryjny). Matka choruje na gruźlicę. Odczyn tuberkulinowy dodatni. Od miesiąca gorączka do 38° — 38,5° i męczący kaszel, osłabienie, brak łaknienia.

Klinicznie: od przodu po str. prawej na wy-

sokości 4 — 5 ż., przy wdechu — liczne, bardzo drobne rzężenia wilgotne (subcrepitatio).

Rentgen: znaczne powiększenie cieni gruczołów wnękowych oraz zaciemnienie miąższowe po str. prawej, łączące się z wnęką, (nacieczenie przywnękowe).

W dn. 3.VIII. i 10.VIII.36 otrzymał dożylnie Aurosan po 0,05 g. Po pierwszym wstrzyknięciu spadek ciepłoty do normy, utrzymujący się dalej stale. Kaszel znacznie zmniejszył się, samopoczucie lepsze.

W dn. 30.VIII. Rentgen: cień nacieczenia przywnękowego ustąpił. Klinicznie: nie gorączkuje wcale, nie kaszle, samopoczucie zupełnie dobre.

6. A. Fajga, lat 11, przybyła do Sanat. 25.III.36. Odczyn tuberkulinowy dodatni. W grudniu 1935 r. przebyła rumień guzowaty (erythema nodosum), gorączkowała trzy tygodnie (świeże zakażenie gruźlicą). W płuc. praw.: przytłumienie od przodu w dolnej okolicy przymostkowej; w linii pachowej — b. drobne wilgotne rzężenia (subcrepitatio).

Rentgen (2.IV.26 Dr Emil Głowacki): ognisko zagęszczenia miąższowego w górnej ⅓ pł. praw. Znaczne powiększenie i zagęszczenie cienia wnęki prawej. Od dn. 20.IV. — 7.IV. otrzymała dożylnie 6 wstrzyknięć Sanocrysyny po 0,05 g.

Rentgen w dn. 28.V: w miejscu ogniska zagęszczenia widoczne są drobne zwapnienia, zagęszczenia cienia wnęki pr. znacznie zmniejszyło się.

7. K. Kazimierz, lat 12, przybył do Sanat. 18.III.36. Od 1.XI-34 — 1.II-35 mieszkał razem z chorym na gruźlicę prątkującą. W październiku 1935 zagorączkował, w poradni przeciwgruź. stwierdzono nacieczenie przywnękowe. Odczyn tuberkulinowy dodatni.

Klinicznie. Przytłumienie od tyłu w okolicy między łopat. prawej. U kąta łopatki pr. b. drobne wilgotne rzężenia (subcrepitatio).

Rentgen (19.III. Dr Emil Głowacki): znaczne zagęszczenie cienia wnęki prawej ze smugami (peribronchitis), w górnej przywnękowej przestrzeni płuca prawego.

Od 20.IV. — 27.V. otrzymał 6 wstrzyknięć dożylnych Sanocrysyny po 0,05 g.

Rentgen w dn. 28.V: zn. zagęszczenie cienia wnęki pr. i smugi peribronchitis ustąpiły zupełnie.

Klinicznie objawów poprzednich w płucach nie stwierdza się.

8. D. Ryszard, lat 8, przybył do Sanat. 19.V.36. Rok trwająca styczność z osobnikiem prątkującym. Od miesiąca gorączkuje do chwili obecnej do 38° — 39°, osłabiony, apatyczny, blady, poci się dużo, brak łaknienia. Odczyn tuberkulinowy dodatni.

Klinicznie: pł. lewe — przytłumienie w lew. przestrzeni międzyłop. i od przodu przy mostku. Po str. prawej — w linii pachowej na poziomie dolnej szczeliny międzypłatowej — b. drobne rzężenia wilgotne (subcrepitatio).

Rentgen (prześwietlenie i zdjęcie): cień nacieczenia miąższowego w okol. przymostkowo-przytchaw. po str. lewej w postaci półkulistego d. mocno wysyconego tworu. Lekkie zawoalowanie całego rysunku płucnego (rozsianie?).

Od 23.V. — 21.VI. otrzymał 1 wstrz. sanocrysyny doż. 0,05 g i 4 wstrz. domięśniowo Myochrysyny (Spiess) po 0,1 g.

Ciepłota w tym okresie stopniowo obniża się, wahania stają się coraz mniejsze, wreszcie od 16.VI. stan zupełnie bezgorączkowy. Samopoczucie wyraźnie i szybko polepsza się, wygląd dziecka zdrowego.

Klinicznie już po pierwszym zastrzyku znikły drobne wilgotne rzężenia.

Po miesięcu (zdjęcie): ustąpiło zawoalowanie rysunku płucnego, utrzymuje się jeszcze nieco mniejszy cień nacieczenia w okolicy przymostkowej po str. lewej.

W dwóch przypadkach nacieczeń, zajmujących cały zraz płuca i trwających już dawno, leczenie musiało trwać dłużej, zanim wystąpiła wyraźna tendencja do stopniowego cofania się nacieczenia.

1. L. Hersz, lat 11, przybył 6.XI.35 r. — z rozpoznaniem nacieczenia przywnękowego prawostr., trwającego już 4 miesiące (w dn. 5.VI.35 — badanie komisyjne w Poradni L. S. P. w Warszawie). Odczyn tuberkulinowy dodatni.

Przytłumienie po str. praw. od grzebienia łop. ku dołowi, z oddechem osłabionym. Po kaszlu i po wdechu, u kąta łopatki słyszalne b. drobne rzężenia wilgotne (subcrepitatio).

Rentgen (7.XI.35 r. Dr Emil Głowacki): b. duży cień nacieczenia miąższowego zajmujący prawie całą szerokość pola płucnego w środk. ⅓ płuc. praw. Przyśrodkowo łączy się on z cieniem wnęki.

Od 12.IX. — 3.III.36 otrzymał 3 wstrzyknięć sanocrysyny doż. po 0,05 g.

Rentgen w dn. 16.IV. — cień nacieczenia zmniejszył się bardzo wydatnie i obecnie widoczny jest jedynie jako niewielkie nacieczenie przywnękowe. (Dr Emil Głowacki).

Wypisany w stanie b. dobrym, bez gorączki i skarg subiektywnych, p rzyrostem wagi 3 kg.

2. S. Stefan, lat 6, przybył do Sanat. 21.IX.35 r. z rozpoznaniem nacieczenia przywnękowego (badanie komisyjne w Poradni L. S. P. w W-wie, przed 2-ma mies.). Odczyn tuberkulinowy dodatni. Przytłumienie od kąta łopatki ku dołowi po str. prawej i wyraźne osłabienie oddechu.

Rentgen (30.IX.35, Dr Emil Głowacki): duży cień nacieczenia miąższowego zajmujący prawie cały zraz dolny płuca prawego.

Pierwsze 6 tyg. nie był leczony złotem. W dn. 24.X. obraz radiologiczny, jak wyżej. Blady, osłabiony, krzywa ciepłoty o okresowych wahaniach podgorączkowych do 38°, kaszle, częste bóle głowy i złe samopoczucie.

Od 19.XI. — 6.IV. otrzymał 15 wstrzyknięć sanocrysyny doż. po 0,05 (ogólnie 0,75) g. Dopiero w ostatnim miesiącu krzywa ciepłoty o charakterze zupełnie monotermicznym, na poziomie 37°.

Rentgen ,16.IV. Dr Emil Głowacki): cień nacieczenia miąższowego zmniejszył się bardzo znacznie i daje się obecnie umiejscowić w dolnej przykręgowej okolicy pł. praw. w zrazie dolnym.

Stan ogólny dobry, dolegliwości subiektywne ustąpiły.

Wszystkie przypadki pozostałe, leczone złotem, przebiegają analogicznie (w sumie 23). W żadnym przypadku nie widzieliśmy braku wyniku dodatniego, jak w podanych wyżej przypadkach nieleczonych. W żadnym też przypadku nie spostrzegaliśmy jakiegokolwiekbądź ujemnego wpływu leczenia zarówno na zmiany objektywne, jak i na samopoczucie chorych, które zawsze ulegało wyraźnej i szybkiej poprawie. Najbardziej charakterystycznym zjawiskiem jest stale notowane obniżanie się ciepłoty podgorączkowej do normy i ustalenie się krzywej ciepłoty o charakterze monotermicznym, w granicach 36,6° — 36,8°. Równocześnie z tym, znikał męczący nieraz kaszel suchy, lub wykrztuszanie, bóle głowy i osłabienie. Nie zauważyliśmy ujemnego wpływu leczenia na łaknienie, trawienie i przyrost na wadze. W przypadkach tego typu nie notowaliśmy nigdy białkomoczu. W jednym tylko przypadku zanotowaliśmy po drugim wstrzyknięciu Sanocrysyny pokrzywkę na skórze, która ustąpiła po 2-ch dniach, nie wpływając zresztą na ogólny pomyślny wynik leczenia.

Dzieci nie gorączkujące nie były trzymane w łóżku w czasie leczenia, zachowując na ogół tryb życia raczej kolonijny. Unikano jedynie naświetlań na słońcu. Żadnego innego leczenia dodatkowego nie stosowano.

Czas obserwacji chorych w Sanat. wynosił od 2 — 3 do 6 mies. Wszystkie przypadki leczone złotem zostały wypisane z Sanat. w dobrym stanie zdrowia. Radiologicznie (w okresie czasu obserwacji) zmiany uległy zupełnemu zanikowi w 10 przypadkach, w pozostałych znajdowały się na drodze ku zanikowi.

W żadnym przypadku nacieczenie nie zostało zastąpione przez zmiany marskie; w nacieczeniach podobojczykowych po ich ustąpieniu widoczne były drobno-ogniskowe zwapnienia.

Złoto stosowano dożylnie w dawkach jednakowych po 0,05 (czasami tylko po 0,1 g), nie częściej jak raz w tygodniu, najczęściej tylko 4 — 6 razy, ogólnie najwyżej zaś 15 razy (0,75), lecz z przerwami po 2 — 3 tygodnie, między zwykłymi seriami.

Dawka ta jest dostatecznie czynna, nie wiemy jednak, czy nie mogłaby być wyższą w razie potrzeby.

Przy stosowaniu dożylnym różnych przetworów złota, należy zwrócić uwagę na zachowanie należytej i ścisłej techniki wstrzykiwań. Dawka czynna i wystarczająca dla celów leczenia postaci wymienionych gruźlicy dziecięcej wynosi 0,05 g pro dosi. Nie należy wstrzykiwań powtarzać częściej jak raz w tygodniu. Należy pamiętać o tem, że preparaty są czułe na działanie światła i powietrza, winny więc ampułki być przechowywane w pudełku oraz nie wolno używać ampułek uszkodzonych. Rozczyn z oddzielnej ampułki należy robić ex tempore, gdy chory już jest całkowicie przygotowany do zabiegu (jak przy neosalvarsanie).

Praktycznie postępujemy w sposób następujący: po wyjałowieniu strzykawki o pojemności 1 — 2 cm³ przez gotowanie i po przygotowaniu chorego, odpiłowujemy ampułkę z rozczynem. Po założeniu na strzykawkę odpowiedniej igły, wciągamy z ampułki płyn do strzykawki i starannie, kilkakrotnie strzykawkę i igłę przestrzykujemy, aby się pozbyć resztek wody zwykłej. Dopiero wtedy naciągamy do strzykawki odpowiednią dla wstrzyknięcia ilość rozpuszczalnika (1 cm³ dla 0,05 i 2 cm³ dla 0,1 g) i wstrzykujemy ją do odpiłowanej w międzyczasie ampułki ze złotem. Preparat ulega natychmiastowemu rozpuszczeniu i powinien być natychmiast wstrzyknięty. Nie przestrzeganie tych zasad postępowania może prowadzić do rozkładu preparatu z wytworzeniem trującego siarczku złota. O ile nie przestrzega się wyżej podanych zasad, można wywołać powikłanie pozłotowe li tylko z własnej winy. Nie wolno stosować preparatów złota u chorych z niewydolnością wą-

troby, nerek, przy skazach krwotocznych i innych chorobach krwi. Wobec tego dokładne wywiady, dokładne badania kliniczne i częściowo laboratoryjne (mocz, krew) powinny jako zasada ogólna, poprzedzać rozpoczęcie leczenia. Naogół jednak mogę podkreślić, że przy rozsądnym, ostrożnym postępowaniu, u dzieci z wymienionymi postaciami gruźlicy, nie należy nadmiernie obawiać się poważniejszych powikłań i w odpowiednich przypadkach odrzucać leczenie wtedy, gdy jest ono celowe i skuteczne, tzn. jak najwcześniej po stwierdzeniu, że zakażenie pierwotne znajduje się w fazie czynnej.

Ciepłota wykazuje pod wpływem złota charakterystyczny spadek. Działania takiego nie można uzyskać przy gorączce gruźliczej żadnym innym środkiem przeciwgorączkowym. Gorączka przy tym ustępuje nie chwilowo i sztucznie, lecz trwale przez zahamowanie samej sprawy zapalnej lub toksycznej w ustroju. Jak wynika z całokształtu naszych obserwacji działanie złota przy gruźlicy zaznacza się jako działanie hamujące, a nie bodźcowe. Leczenie bodźcowe w tych przypadkach wywołuje efekt odwrotny. Przekonaliśmy się także doświadczalnie, że wywołane lekkim bodźcem obostrzenie sprawy zapalnej, ulega szybko zahamowaniu przez następne podanie złota.

Wobec tego, że strony samych zmian gruźliczych typu dziecięcego nie widzimy żadnych przeciwwskazań do stosowania złota, gdyż nigdy nie spostrzega się obostrzeń w sensie działania bodźcowego, którego tak obawiamy się w gruźlicy typu dziecięcego.

Poza tym złoto, przyśpieszając wapnienie i bliznowacenie ognisk gruźliczych, dokoła których powstało zapalenie oboczne, przyśpiesza jego cofanie się, zapobiegając tym samym dalszym rozsianiom, jak i przekształcaniu się terenu zapalnego w zmiany marskie.

PIŚMIENNICTWO.

1. *Y. R. Dupont.* — Le traitement des adénopathies tuberculeuses par les sels d'or. 1934.
2. *G. Gak.* — Trois années d'expérience de l'aurothérapie dans la tuberculose pulmonaire. 1934.
3. *E. Lacroix.* — La chrysothérapie dans la tuberculose infiltrée a début aigu récent. 1934.
4. *V. Hinault et H. Mollard.* — Le traitement aurique de la tuberculose. 1934. Cd. Vigot Fr. Paris.
5. *L. Furic.* — Les accidents des sels d'or 1934.
6. *Gaté, Thiers et Cuilleret.* — Accidents chimiotherapiques par hypersensibilité 1934.
7. *J. Marie.* — La chrysothérapie dans la tuberculose pulmonaire 1934.

CHOROBY WEWNĘTRZNE

Leczenie agranulocytozy przetaczaniem krwi chorych na białaczkę. (Agranulocytose. Traitement par la transfusion de sang leucemique). A. Ravina.
La Presse Médicale Nr 98, 1937.

Dotychczasowe leczenie agranulocytozy polegało na przetaczaniu krwi, naświetlaniu kości długich promieniami X oraz stosowaniu wstrzykiwań nukleopentozydów. Nadto proponowano leczenie przetworami wątroby, jako pobudzające czynność szpiku kostnego, czyli działające podobnie do innych metod leczenia.

Przetaczanie chorym na agranulocytozę krwi chorych na białaczkę zastosował po raz pierwszy Schitenhelm otrzymując wyleczenie; również Bock uzyskiwał dobre wyniki, wreszcie Deglman ogłosił przypadek, dotyczący 28-letniej kobiety, u której w dwa tygodnie po przebytej grypie, wśród dobrego poczucia pojawił się silny ból gardła z równoczesnym wzniesieniem ciepłoty, a po kilku godzinach pojawiły się rozległe ubytki w śluzówce krtani i policzków. Ogólny stan chorej szybko się pogarszał przy wysokiej gorączce. Rozpoznano agranulocytozę na podstawie badania krwi, które stwierdzało 1200 krwinek białych w mm pozbawionych zupełnie postaci wielojądrzastych. Autor zastosował natychmiast przetoczenie 500 cm³ krwi chorego na białaczkę szpikową, o tej samej grupie krwi co chora. W kilka godzin po przetoczeniu wystąpiły krótkotrwałe objawy wstrząsowe z dreszczami i ciepłotą 41,2 C. Zastosowano wówczas wstrzyknięcie 20 cm nukleopentozydu domięśniowo. Nazajutrz stan chorej uległ znacznej poprawie, ciepłota była prawidłowa; wstrzyknięto ponownie nukleopentozyd oraz zastosowano naświetlania promieniami Rtg. na obydwa uda w ilości 200 R. Uzyskana poprawa była przejściowa, wkrótce znów ciepłota podniosła się do 39,5 C, pojawiły się nowe ubytki w śluzówce gardła oraz gruczoły szyjne uległy znacznemu powiększeniu. Morfologiczne badanie krwi stwierdziło: nieznaczne zmniejszenie ilości krwinek czerwonych przy spadku ilości krwinek białych do 800 w mm³. Wówczas dokonano ponownego przetoczenia 500 cm³ krwi chorego na białaczkę, tym razem bez żadnego odczynu. Nazajutrz liczba krwinek białych wzrosła do 1000 w mm. i odtąd z każdym dniem stan chorej się poprawiał. Po 2 tygodniach od początku trwania choroby stan był bezgorączkowy przy obrazie krwi zbliżonym do prawidłowego, a po 3 tygodniach liczba krwinek wahała się od 5400 do 7400 w mm przy prawidłowej liczbie krwinek wielojądrzastych.

W tym wyjątkowo ciężkim przypadku nie stwierdzało się w przebiegu choroby ani powiększenia śledziony, ani objawów skazy krwotocznej przy zmianach śluzówki jedynie w krtani i w jamie ustnej.

Autor, dokonywując dwukrotnego przetoczenia krwi po 500 cm od chorego na białaczkę, wprowadził chorej liczbę krwinek białych, odpowiadającą zawartości ich w 40 litrach krwi prawidłowej.

Niniejsza metoda zasługuje na uwagę mimo znikomej liczby ogłoszonych wyleczonych przypadków agranulocytozy.

Leczenie stanów dusznicy bolesnej. (Les traitements recents de l'angine de poitrine). F. Joly.

Bul. Général de Thérapeutique. Nr 5, 1937.

W leczeniu wzięte były pod uwagę przypadki dusznicy bolesnej pochodzenia miażdżycowego i kiłowego.

Klasyczne leczenie napadów dusznicy bolesnej jest ogólnie znane. Jeśli związki nitrowe są niewystarczające, dodatkowo wstrzykuje się 0,01 morfiny. Leki uspokajające i rozkurczowe, jak głóg, waleriana, papaweryna, a przede wszystkim belladonna i gardenal znajdują tu szerokie zastosowanie. Nad to należy uregulować tryb życia, wyłączyć wysiłki fizyczne i zastosować leczenie dietetyczne.

Do wymienionego podstawowego leczenia w stanach przewlekających się dusznicy bolesnej w ostatnich latach proponują dodatkowo: 1) leczenie farmakologiczne, 2) fizyczne i 3) chirurgiczne.

Ad 1. Najbardziej polecana jest teofilina, jako środek wybitnie rozszerzający naczynia wieńcowe serca, co zostało potwierdzone doświadczalnie. Dawkowanie teofiliny należy stosować indywidualnie w każdym przypadku. U jednych teofilina usuwa stany dusznicowe przy używaniu jej przez 3 — 4 dni każdego tygodnia, u innych należy podawać ją w ciągu tygodnia z tygodniową przerwą, wreszcie w przypadkach uporczywych w ciągu 2 tygodni bez przerwy. Dawka dzienna waha się od najmniejszego 0,4 do 0,8 g. Należy wspomnieć o nielicznych przypadkach nietolerancji tego leku, która występuje u ludzi, w ogóle nie tolerujących przetworów teobrominowych. W przypadkach tych należy stosować czopki, lub wstrzykiwania domięśniowe. Nadto poleca się stosowanie przetworów jodu, pod postacią wstrzykiwań domięśniowych 40% lipiodolu 2 razy na tydzień po 5 cm³, lub 3 razy na tydzień po 3 cm³, względnie wstrzykiwania dożylne jodku sodu.

Ad 2. Leczenie fizyczne poleca się w przypadkach opornych na leczenie farmakologiczne. Naświetlania promieniami X oraz stosowanie fal krótkich dają lepsze wyniki, niż zwykła diatermia. Leczenie promieniami X daje poprawę podmiotową, utrzymującą się do roku, dlatego leczenie to należy powtarzać okresowo. Leczenia tego nie można stosować przy dusznicy bolesnej z zaawansowanymi zmianami elektrokardiograficznymi. Krótkie fale stworzyły dziś nową metodę leczenia. 8 — 10 seansów, trwających 10 do 20 minut daje często wyraźną poprawę podmiotową, trwającą tygodnie i miesiące, do roku. Celem

uniknięcia pogorszenia w postaci pojawienia się niewydolności krążenia, należy każdorazowo kontrolować ciśnienie tętnicze; przy podnoszeniu się ciśnienia należy zaprzestać naświetlań krótkimi falami.

Według danych statystycznych leczenia falami krótkimi daje w 40% wybitną poprawę, w 20% nieznaczną poprawę, a w 40% pogorszenie.

Ad 3. Leczenie chirurgiczne polega przede wszystkim na usunięciu prawidłowo czynnej tarczycy zarówno w dusznicy bolesnej, jak i w stanach niewydolności krążenia. Poprawa po zabiegu jest natychmiastowa, dusznica może jednak ponownie się pojawić. Blumgart na 25 przypadków w 8 uzyskał wyleczenie, w 5 poprawę, w 6 nawrót dolegliwości po 3 — 9 miesiącach, a w 6 przypadkach pogorszenie. Śmiertelność pooperacyjna sięgała 8%.

W leczeniu chirurgicznym proponują również usuwanie lewego zwoju współczulnego szyjnego. Leriche i Fontaine na 160 przypadków usunięcia zwoju gwiaździstego nie mieli żadnego zejścia śmiertelnego. Leczenie chirurgiczne ma ograniczone zastosowanie, daje poprawę przejściową, w czasie której spostrzega się przypadki nagłej śmierci.

W przypadkach opornych na wszelkiego rodzaju leczenie polecają wstrzykiwania środków znieczulających, jak nowokainy względnie histaminy, które dają tylko czasową poprawę. Wstrzykiwania te mogą być stosowane bezpośrednio do zwoju gwiaździstego lub podskórnie u podstawy klatki piersiowej.

W przypadkach ciężkiej dusznicy bolesnej, towarzyszącej zawałowi mięśnia sercowego, zaleca się bezwzględny, długotrwały spokój obok środków znieczulających, jak morfina. Stosowanie leków tonizujących naczynia, jak kamfora, sparteina, są bardziej wskazane, niż środki tonizujące serce, jak ouabaina, którą należy zalecić jedynie w ostrej niewydolności krążenia z ostrym obrzękiem płuc. W tych przypadkach poleca się nad to upust krwi.

Ciężka niewydolność krążenia w następstwie dawnych nadmiernych wysiłków fizycznych u tancerza zawodowego. (Insuffisance cardiaque grave. Consequence lointaine d'efforts physiques exagerés chez un danseur proffesionnel). Ph. Pagniez, A. Plichet, i J. Fauvet.

Bul. et Mem. de la Societe Medicale des hopitaux de Paris. Nr 9, 1938.

Autorzy opisują przypadek chorego z ciężką niewydolnością krążenia, której powstanie wiążą z wykonanymi przed 10 laty znacznymi wysiłkami fizycznymi. Chory ten intensywnie uprawiał wszelkie rodzaje sportu, a w roku 1926/27 w ciągu 18 miesięcy brał udział w „Maratonie Tańca". Początkowo tańczył w ciągu 63 godz. następnie w ciągu 200 godz. później 300 godz. wreszcie w ciągu 463 godz. to jest przeszło 20 dni. Zawodnicy tańczyli z przerwą 15 minutową na każdą godzinę, w czasie której mogli odpoczywać lub

spać. Chory podaje, że podczas tych zawodów nie odczuwał jakiegoś większego zmęczenia, nie miał żadnych dolegliwości ze strony serca, nie przyjmował żadnych leków pobudzających, jak kofeina, kola itp., które stosowali inni zawodnicy. Od tego czasu zaprzestał uprawiania sportów, jednak stale gimnastykował się. Czuł się zupełnie dobrze. Dopiero od miesiąca pojawiły się dolegliwości w postaci niepokoju serca, duszności wysiłkowej, obrzęków kończyn i uporczywego kaszlu. Zastosowanie naparstnicy dało szybko znaczną poprawę zupełne ustąpienie duszności i obrzęków przy dobrym poczuciu, mimo utrzymującego się rytmu cwałowego na koniuszku serca.

Ustalenie etiologii tej ciężkiej niewydolności krążenia nasuwało duże trudności. U chorego nie stwierdzało się ani żadnej organicznej wady zastawkowej, ani nadciśnienia, w wywiadach nie podawał przebycia żadnej choroby zakaźnej, gośćca lub kiły. Jedynym więc czynnikiem, który mógł wpłynąć na powstanie choroby serca był nadmierny długotrwały wysiłek fizyczny, wykonany przed 10 laty. Doświadczalnie bowiem stwierdzono na zwierzętach, wykonywujących długotrwały wysiłek na bieżni ruchomej, że podlegały one ciężkiemu zatruciu produktami rozpadu naskutek wzmożonego wytwarzania kwasu mlekowego; zatrucie takie może doprowadzić do trwałych zmian we włóknach mięśnia sercowego.

W opisanym przypadku godny podkreślenia jest długi okres 10 lat między wykonaniem nadmiernego wysiłku fizycznego, a powstaniem niewydolności serca.

Przegląd lecznictwa chorób układu krążenia w 1936 r. (La thérapeutique cardio - vasculaire en 1936). A. M e y e r.

Bul. Général de Thérapeutique. Nr 5, 1937.

Z pośród metod leczenia wewnętrznego należy podkreślić przewlekłe stosowanie ouabainy, którą C l e r c i B a s c o u r r e t uważają za podstawowy środek odżywczy serca, zwłaszcza w stanach niewydolności komory lewej. Codzienne wstrzykiwania ouabainy stosuje się:

1. w niemiarowości zupełnej pochodzenia miażdżycowego,
2. w zapaleniu lub zwyrodnieniu mięśnia sercowego o charakterze przewlekłym,
3. w zawale m. sercowego,
4. w nadciśnieniu tętniczym i w sprawach chorobowych tętnicy głównej pochodzenia miażdżycowego lub kiłowego,
5. w niewydolności krążenia w przypadkach miażdżycy tętnicy płucnej lub u chorych ze zniekształceniami klatki piersiowej,
6. w chorobach serca ze zmianami zastawkowymi, nie oddziaływujących na leczenie naparstnicą.

B e n h a m o u natomiast podaje przeciwwskazania do stosowania ouabainy, której nie należy podawać:

1. jeśli współistnieje niewydolność nerek znacznego stopnia,
2. jeśli rozszerzeniu mięśnia sercowego towarzyszy rytm bliźniaczy, lub skurcze dodatkowe wielopostaciowe,
3. w zawale mięśnia sercowego, gdy nie upłynęły 2 tygodnie od jego powstania ze względu na możliwość uruchomienia powstałych skrzeplin,
4. gdy przebyta choroba serca wikła się złośliwym, zakaźnym zapaleniem wsierdzia z częstą sprawą zakrzepową.

Leczenie ouabainą polega na codziennym dożylnym wstrzykiwaniu ¼ mgr, co jest dawką leczniczą i działającą. Autor podkreśla korzystne wyniki leczenia ouabainą, podawaną doustnie, oraz skojarzenia tego leczenia z przetworami moczopędnymi, zwłaszcza rtęciowymi.

W licznych pracach zastanawiano się nad wpływem gruczołów dokrewnych na niewydolność krążenia, zwłaszcza na niewydolność na tle choroby Basedowa. Leczenie niewydolności środkami tonizującymi jest często niewystarczające, również stosowanie środków uspokajających i działających na układ wegetatywny mimo, że często usuwa dolegliwości podmiotowe, jednak nie wywiera wyraźniejszego wpływu na niewydolność. Leczenie jodem, który wywiera niezaprzeczalny wpływ na nadczynność tarczycy, nie daje wyraźnej poprawy stanu serca. Mimo to wymienione sposoby leczenia mają podstawową wartość jako leczenie przygotowawcze do zabiegu operacyjnego. Obecnie szereg klinicystów oddaje pierwszeństwo leczeniu chirurgicznemu niewydolności krążenia na tle nadczynności tarczycy, pomijając nawet leczenie promieniami X. Zabieg ten winien być jednak poprzedzony bardzo starannym leczeniem wewnętrznym. Objawy obrzęku śluzakowatego po zabiegu operacyjnym ustępują szybko pod wpływem wyciągów tarczycy.

Obok usunięcia tarczycy ze względu na jej nadczynność i zaburzenia wewnątrz wydzielnicze zwrócono uwagę na operacyjne usunięcie prawidłowej tarczycy w przebiegu zaburzeń krążenia. W warunkach prawidłowych panuje równowaga między pracą serca, a zapotrzebowaniem na obwodzie. Jeśli środki tonizujące serce nie są w stanie zwiększyć jego siły tłoczącej, należy dążyć do zmniejszenia zapotrzebowania ustroju na obwodzie, obniżając je do możliwości serca. Do osiągnięcia tego celu prowadzi usunięcie prawidłowo czynnej tarczycy. Leczenie to od szeregu lat stosowane jest w Stanach Zjednoczonych. A l t s c h u l d e i V o l k badali rzut serca i warunki krążenia u 23 chorych operowanych, stwierdzając wyraźne zmniejszenie rzutu minutowego serca z wyraźną poprawą czynności serca w następstwie całkowitego usunięcia prawidłowo czynnej tarczycy. Stwierdzało się wyraźną poprawę kliniczną, zwłaszcza w przypadkach dusznicy bolesnej. M a n d l operował 13 chorych z dobrymi wynikami, nie mając ani jednego zejścia śmiertelnego ani obrzęku śluzakowatego pooperacyjnego. L i a n, W e l t i i F a g u s t ogłosili 5 przypadków niewydolności krążenia i 3 przypadki dusznicy bolesnej, leczonych usunięciem tarczycy. Uzyskali oni wyraźną poprawę krążenia, lecz w żadnym przypadku nie było wyleczenia, zwłaszcza w odniesieniu do dusznicy bolesnej. Wprawdzie zabieg wpływał korzystnie na stan podmiotowy, jednak nie mógł wpłynąć na stan anatomiczny naczyń wieńcowych serca. Po zabiegu tym autorzy stwierdzali tylko lekkie postacie niedoczynności tarczycy.

L i a n i jego współpracownicy jako wskazania do tego rodzaju zabiegu uważają: choroby serca na tle wady zastawki dwudzielnej pochodzenia gośćcowego u chorych młodych z lekką niewydolnością krążenia.

Do przypadków mniej nadających się do zabie-

gu uważają nieodwracalną niewydolność krążenia spowodowaną:

1. niedomykalnością zastawek półksiężycowatych tętnicy głównej na tle gośćcowym,
2. nadciśnieniem tętniczym,
3. miażdżycą tętnicy płucnej,
4. kiłą tętnicy głównej.

Do przypadków ze względnymi przeciwwskazaniami zaliczają przypadki z podstawową przemianą materii poniżej 10%, do bezwzględnych przeciwwskazań zaliczają choroby serca z czynnym postępującym procesem zapalnym, stany zaawansowanej niewydolności komory lewej, w ogóle zaawansowane stany niewydolności krążenia, niewydolność krążenia u dzieci i starców. Autorzy podkreślają, że każdy przypadek przed zabiegiem operacyjnym winien być dokładnie zbadany.

Santy i Berard odnoszą się do tego zabiegu krytycznie ze względu na częstość zejść śmiertelnych.

W leczeniu dusznicy bolesnej Bullrich donosi o pomyślnym stosowaniu jadu kobry. Autor ten wstrzykiwał dożylnie jad kobry w 8 przypadkach, nie stwierdzając żadnych powikłań. Hazard proponuje stosowanie w dusznicy bolesnej aminofiliny, zaś Soulie eufiliny i teofiliny, jako środka rozszerzającego naczynia wieńcowe serca. Bonnet uważa, że lek ten jest doskonale znoszony i wysuwa następujące wskazania do jego stosowania:

1. w dusznicy bolesnej jako środka zapobiegawczego w dawce 0,3 do 1,0 g dziennie,
2. w zawale mięśnia sercowego,
3. przy uporczywych bólach w śródpiersiu.

Aminofilina winna być stosowana z kilkudniowymi przerwami; może być podawana w kroplach lub w lewatywie, gdyż jest łatworozpuszczalna. Działanie jej jest szybkie i trwałe, stosuje się ją wraz z ouabainą w niewydolności komory lewej.

Jako leczenie nadciśnienia tętniczego proponują przecięcie nerwu trzewnego lewego, co daje często dobre wyniki. Usunięcie nadnerczy po kilku początkowych pomyślnych wynikach dało szereg zejść śmiertelnych. Pende proponuje znieczulanie nerwu trzewnego lewego.

Antognetti przeciwnie stwierdza, doświadczalnie, że leczenie operacyjne, polegające na przecięciu nerwu trzewnego lewego daje tylko przemijające podciśnienie. Naturalnie obserwacja ta dotyczy tylko zwierząt zdrowych.

Z innych zabiegów, zdążających do usunięcia nadciśnienia tętniczego wymienić należy przetaczanie krwi.

W odniesieniu do choroby Oslera autorzy amerykańscy proponują operacyjne usunięcie śledziony. Riesman, Kolmer i Polowe wykonali takie 4 zabiegi, stwierdzając wyraźną poprawę fizyczną i psychiczną. Podkreślają jednak, że metoda ta tylko przedłuża życia, a nie leczy.

Śródskórny odczyn tuberkulinowy w zależności od obecności prątka Kocha w zawartości żołądka w odniesieniu do gruźlicy dziecięcej. (Intradermoreaction à la tuberculine et recherches du bacille de Koch dans le contenu gastrique comme elements de diagnostic et de prognostic de la tuberculose infantile). M. Nasta, M. Blechmann i M. Stanesco.

La Presse Médicale Nr 22, 1938.

Poszukiwanie prątka Kocha w zawartości żołądka jest dziś oceniane z punktu rozpoznawania gruźlicy dziecięcej. Liczni autorzy stwierdzili, że u dzieci prątki Kocha wydzielają się w zawartości żołądka tak długo, jak długo istnieje czynne ognisko gruźlicze, przy czym ujawnić je można badaniem bezpośrednim oraz za pośrednictwem

posiewu lub szczepienia. Według Opitza wydalanie prątków może trwać miesiące do 2 lat od chwili powstania ogniska gruźliczego. A więc we wszystkich przypadkach nacieku pierwotnego i wtórnego, gruźlicy gruczołów śródpiersia, znajduje się prątki Kocha w zawartości żołądka. Podobnie u dzieci reagujących na tuberkulinę, u których jednak obraz radiologiczny płuc jest prawidłowy, lub stwierdza jedynie zacienienie wnęk, szczepienie zawartości żołądka daje wynik dodatni. W przypadkach erythema nodosum, badanych przez Opitza, wynik szczepienia był ujemny, natomiast w 50% przypadków gruźlicy pozapłucnej i zapalenia opon mózgowych wynik szczepienia był dodatni. Badania Saye stwierdziły, że częstość dodatnich wyników szczepienia zawartości żołądka zmniejsza się wraz ze wzrostem wieku: na 16 badanych do 1 roku życia wynik dodatni stwierdzało się u 12, na 20 badanych od 1 do 2 r. ż. wynik dodatni stwierdzało się u 12, podczas gdy w wieku 3 do 4 lat tylko 5 wyników dodatnich na 24 badanych. Obserwacje te autor tłumaczy organizacją ognisk gruźliczych, które zwiększają się równolegle ze wzrostem wieku.

Wynik badania zawartości żołądka ma jednak znaczenie i u starszych, zwłaszcza w odniesieniu do oceny leczenia gruźlicy płuc. Np. w przypadkach odmy płucnej, gdy chory nie odpluwa i gdy nie stwierdza się u niego uchwytnych odchyleń w płucach, dodatni wynik szczepienia zawartości żołądka wskazuje, że ognisko gruźlicze nie uległo jeszcze zbliznowaceniu i wskazane jest kontynuowanie odmy.

W pracy niniejszej autorzy badali stosunek stopnia uczulenia na tuberkulinę w zależności od zmian czynnych gruźliczych u dzieci do 2 lat, opierając się na istnieniu prątków Kocha w zawartości żołądka. Badania te przeprowadzili u 47 dzieci w wieku od 3 miesięcy do 2 lat; u wszystkich wykonywali odczyn skórny na tuberkulinę, powtarzając go u tych, u których po raz pierwszy otrzymali odczyn ujemny. Zależnie od wyników odczynu dzieci podzielono na 3 grupy: z odczynem wybitnie dodatnim ++ przy rozcieńczeniu 1 × 10000, z dodatnim + w rozcieńczeniu 1 × 1000. Nad to wszystkie dzieci były poddane badaniu klinicznemu i radiologicznemu, oraz u wszystkich wykonywano szczepienia zawartości żołądka i bezpośrednie poszukiwanie prątków Kocha w zawartości żołądka i w stolcu.

Do grupy I należały dzieci, które oddziaływały ujemnie na tuberkulinę w rozcieńczeniu 1 × 1000. U wszystkich dzieci tej grupy ogólny stan zdrowia był dobry, obraz radiologiczny prawidłowy, badanie bakteriologiczne zawartości żołądka ujemne. Świadczyło to, że u dzieci reagujących na szczepienie tuberkuliną w rozcieńczeniu 1 × 1000 wyłączona jest możliwość istnienia czynnych zmian gruczołowo płucnych.

W grupie II z odczynem skórnym dodatnim przy rozcieńczeniu 1 × 10000 stwierdzano w połowie przypadków zmiany gruźlicze gruczołów wnękowych. U 6 na 10 badanych znaleziono prątki Kocha w zawartości żołądka.

W III grupie z odczynem skórnym wybitnie dodatnim ((++) przy rozcieńczeniu tuberkuliny 1 × 10000 u 12 na 17 badanych wynik szczepienia zawartości żołądka względnie badania stolca na obecność prątków Kocha był dodatni. Większość tych dzieci wykazywała zmiany kliniczne i rentgenologiczne, świadczące o procesie gruźliczym, toczącym się w płucach.

CHIRURGIA

Współczesny pogląd na leczenie nowotworów złośliwych migdałka podniebiennego energią promienistą. (Les méthodes actuelles d'irradiation des tumeurs malignes de l'amygdale). Mathey-Covnatz.

Paris Médical, marzec 1938.

Zakres wskazań do leczenia raków i mięsaków migdałka podniebiennego energią promienistą (Roentgen i rad) z biegiem czasu stale rozszerza się w miarę tego, jak — z jednej strony — doskonali się aparatura rentgenowska i jej lecznicze stosowanie, z drugiej zaś — im lepiej poznajemy anatomię patologiczną i patologię nowotworów złośliwych migdałka, ich rozrost, szerzenie się, jak również zasadnicze wady chirurgicznego usuwania tych guzów, które w olbrzymiej większości wypadków nie jest w stanie usunąć doszczętnie całego ogniska nowotworowego i ustrzec przed nawrotem i powstaniem przerzutów nowotworowych.

Jeśli chodzi o okres rozwoju raka migdałka i wskazanie do zabiegu operacyjnego, to rozróżniamy tutaj cztery stopnie: 1) guz migdałka ograniczony, 2) guz zajmujący całą łożę migdałkową, 3) guz przerastający granice loży, z obecnością małych, powiększonych, ale ruchomych gruczołów, 4) guz naciekający rozległe całą łożę migdałkową z wyraźnymi przerzutami do gruczołów chłonnych.

Trzeci i czwarty stopień guza daje wskazania wyłącznie do naświetlań, drugi stopień raczej do naświetlań, znacznie rzadziej do leczenia operacyjnego. Jedynie tylko w pierwszym stopniu (ograniczony guz migdałka) istnieje duża dowolność w wyborze między zabiegiem operacyjnym a naświetlaniem promieniami Roentgena, czy radu. Ostateczna decyzja będzie zależała zarówno od poglądu chirurga, jak i możliwości technicznych.

Oczywiście wybór metody operacyjnej nie wyłącza bynajmniej konieczności zastosowania po operacji uzupełniających naświetlań rentgenowskich.

Wskazania leczenia naświetleniami rentgenowskimi mięsaków migdałka są znacznie szersze, gdyż mięsaki są — jak wiadomo wrażliwe na promienie rentgenowskie i naświetlania dają tutaj na ogół dobre wyniki.

Jeśli chodzi o wyniki statystyczne, to stosując usunięcie operacyjne guza z następowymi głębokimi naświetlaniami rentgenowskimi w przypadkach raków migdałków otrzymano: pozostanie przy życiu bez objawów widocznych w ciągu 1 roku — 27%, w ciągu 3 lat — 23%, w ciągu 5 lat — 25%.

Stosując zaś wyłącznie leczenie naświetlaniami radowymi otrzymano: pozostanie przy życiu w ciągu 5 lat bez widocznych objawów chorobowych 41% chorych.

Analogiczne rysunki statystyczne w zastosowaniu do mięsaków migdałka, leczonych wyłącznie naświetlaniami rentgenowskimi otrzymano: pozostanie przy życiu bez widocznych objawów chorobowych w ciągu 1 roku — 58%, w ciągu 3 lat — 31%, w ciągu 5 lat — 36%.

Wziernikowanie żołądka w przypadkach krwawień żołądkowych. (Les hémorhagies gastriques. Étude gastroscopique). Chevelier.

Lyon Médical, tom 159, styczeń 1937.

Wziernikowanie żołądka nie zawsze wykazuje przyczynę krwawienia i w 34% przypadków obraz śluzówki pozostaje normalny. Krwawienia żołądka, spostrzegane przez autora, w 20% spowodowane były wrzodem żołądka, w 4% — rakiem, w 7% — zapalnym stanem śluzówki, natomiast w 35% zależały od różnych czynników.

W przypadkach wrzodu żołądka stwierdzono w ⅓ przypadków krwawienia z samego wrzodu, częściej natomiast podbiegnięcie i wybroczyny w okolicy wrzodu.

Przy krwawieniach zapalnych na śluzówce przerosłej, obrzękłej i przekrwionej znajdowano powierzchowne owrzodzenia i wybroczynki. Przy krwawieniach żołądkowych u osobników kiłowych śluzówka zmian makroskopowych nie przedstawiała, natomiast u tabetyków stwierdzano powierzchowne owrzodzenie i punkcikowate wybroczyny. Rozległe podbiegnięcie krwawe w ścianie żołądka obserwowano również w przypadkach Purpura.

Marskość wątroby i zmiany w śledzionie, w których przebiegu występowało krwawienie żołądka — zmian na śluzówce nie wywołały. Nie stwierdzono ich również w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego, kamicy żółciowej lub zapalenia otrzewnej. Natomiast w przebiegu niedomogi wątroby i w przypadkach uczulenia pokarmowego autor stwierdził obrzęk oraz znaczne podbiegnięcie krwawe śluzówki żołądka. Autor zbadał 295 chorych, u których stwierdzono krwawienia żołądkowe i stwierdza, że wziernikowanie często nie daje wyników, gdyż nieraz nie można stwierdzić ani przyczyny, ani mechanizmu krwawienia.

Kilka uwag o operacji wyłuszczenia kończyny w stawie biodrowym. (A propos de 13 cas de désarticulation de la hanche). R. Lenche.

Mem. de l'Acad. de Chir., grudzień 1937.

Na marginesie 13 przypadków operacji wyłuszczenia w stawie biodrowym autor notuje kilka uwag zarówno co do wskazań, jak i co do samej techniki zabiegu. Przebieg samej operacji, jak i jej okres pooperacyjny zależy tu w pierwszej mierze od wieku chorego i jednostki chorobowej, nie mniej jednakże od samej operacji. Autor wykonał ją w 11 przypadkach z powodu guza złośliwego, w 2 przypadkach — z powodu gruźlicy. Nie było ani jednego zejścia śmiertelnego. W jednym przypadku chora przeżyła jeszcze 23 lata po zabiegu.

Autor zaczyna operację od podwiązania tętnicy biodrowej zewnętrznej, następnie przecina warstwowo mięsień za mięśniem, podwiązuje kolejno krwawiące naczynia, nastrzykując rozległe przed przecięciem nerw kulszowy i udowy nowokainą. To zablokowanie nerwu zapobiega spadkowi ciśnienia tętniczego, które wywołać może przecięcie tych nerwów. W niektórych przypadkach, chcąc uniknąć sączkowania otwartej i pustej panewki stawu biodrowego autor pozostawiał w stawie samą główkę kości udowej, odcinając tę ostatnią tuż przy szyi.

Dobra technika operacyjna, oszczędzanie i omijanie gwałtowniejszych podrażnień nerwów i naczyń daje w rezultacie znacznie lepsze wyniki pooperacyjne.

Pooperacyjna, postępująca, martwica skóry i jej leczenie. (La gangrène post opératoire progressive de la peau et son traitement). Tixier, Pollgsan, Arusilf.

La Presse Méd. Nr 64, sierpień 1937.

Martwica pooperacyjna występuje na ogół rzadko i dotyczy przypadków uprzednio zakażonych. Jest to martwica postępująca, która — nie leczona w porę — może doprowadzić do zejścia śmiertelnego. Pojawia się w drugim tygodniu po operacji najczęściej dokoła otworu, przez który przechodzi sączek, wprowadzony do jamy ropnia, np. przywyrostkowego.

W tym czasie zjawiają się silne bóle w miejscu rany, zaczerwienienie skóry, które w kilka dni przechodzi w martwicę.

Bóle są silne, temperatura dochodzi do 38°, stan chorego pogarsza się. Miejscowo obraz przedstawia się następująco: po środku znajduje się czarna powierzchnia zmartwiałej skóry, częściowo odsłaniająca już mięśnie, oddzielona od purpurowo - ciemnego wąskiego pasa, dokoła skóra jest błyszcząca, zaczerwieniona i przypomina wykwity róży. Zmiany te rozszerzają się odśrodkowo. W przypadkach zaniedbanych śmierć na skutek wyniszczenia następuje po kilku dniach, czasem — miesiącach. Meleney uważa, że powyższe zmiany wywołuje pewna symbioza drobnoustrojów: paciorkowca beztlenowego i gronkowca. Wszelkie jednakże leczenie szczepionkami czy surowicami nie daje rezultatu. Jedynym skutecznym postępowaniem jest naświetlanie rany promieniami ultrafioletowymi, zastosowane bezpośrednio po kąpieli w 2% roztworze azotanu srebra. W przypadkach ograniczonych autorzy zalecają wycięcie całej zmienionej skóry i gojenie rany przez ziarninowanie z następowym przeszczepem skóry zdrowej.

Uwagi na temat sposobów wycinania tarczycy. (Les indications des différentes techniques de la thyroïdectomie). H. Helti.

Mem. de l'Acad. de Chir., grudzień 1937.

Autor wypowiada swoje uwagi na marginesie wyników leczenia za pomocą wycięcia tarczycy 1261 przypadków, na które składały się: przypadki choroby Basedowa, wola nietoksycznego i raka.

Istnieją zasadniczo 3 typy zabiegu operacyjnego na tarczycy, odpowiadające 3 zasadniczym ty-

pom chorobowym: 1) nadczynność tarczycy, 2) wole bez objawów toksycznych, 3) rak tarczycy.

1. W przypadkach nadczynności tarczycy wskazane jest rozległe, ale nie doszczętne wycięcie tarczycy (thyroïdectomie subtotale). Zabieg musi być rozległy, dla ustrzeżenia przed nawrotem cierpienia, jakkolwiek wycięcie zbyt doszczętne jest również szkodliwe, gdyż może sprowadzić uszkodzenie przytarczyc, nerwu zwrotnego i spowodować ostrą niedomogę wydzielniczą tarczycy. Z dwojga złego lepiej jest raczej wyciąć za mało i potem wtórnie operując, uzupełnić pierwszy zabieg, niż uszkodziwszy w czasie zbyt rozległego zabiegu przytarczyce i nerw zwrotny, powodować powstanie zmian chorobowych nieodwracalnych. Po prawidłowym wycięciu tarczycy powinien zostać z każdego zrazu mały kikut, wielkości śliwki.

2. W przypadkach wola bez objawów toksycznych wycięcie tarczycy jak i w poprzednich przypadkach powinno być dość rozległe, jednakże z zachowaniem możliwie nieuszkodzonej otoczki i niezmienionej części miąższu tarczycy. Przy wykonywaniu operacji należy zwrócić szczególną uwagę na dokładne wydzielenie i wyłonienie guza na zewnątrz, wycięcia tarczycy należy wykonać wewnątrz otoczki.

3. Inaczej się sprawa przedstawia w przypadkach raka tarczycy. Tutaj jak w każdym przypadku nowotworu złośliwego tarczyca musi być usunięta doszczętnie i całkowicie w jednym bloku ze zmienionymi chorobowo tkankami sąsiednimi. Ponieważ, rozpoznanie raka tarczycy przedstawia pewne trudności nawet na stole operacyjnym, autor zwraca tutaj uwagę na pewne szczegóły mniej ważne, które jednak orientują uwagę w kierunku raka. Mięśnie np., przykrywające guz, są zwykle bardziej blade i jakby bardziej zbite, gruczoł bardziej unaczyniony, niż w przypadkach nienowotworowych, separowanie gruczołu od otoczenia jest zwykle utrudnione ze względu na ściślejsze zespolenie gruczołu z otoczeniem. Naczynia żylne są dość często wypełnione zakrzepami. Oczywiście o właściwym rozpoznaniu decyduje jak zwykle wykonanie natychmiastowe jeszcze podczas zabiegu badania histologicznego wycinka guza.

J. Czyżewska.

GINEKOLOGIA.

Zakażenie rzeżączkowe u kobiety. Stawianie rozpoznania w gabinecie lekarza. (L'infection gonococcique chez la femme. Diagnostic au cabinet du medécin). B a r b e l l i o n P.

VII Kongres Ginekologów Francuskich. Revue franc. de Gyn. et. Obst. 1938. Nr 4.

Zastanawiając się nad rozwojem rzeżączki u kobiet, autor podkreśla różnorodność przebiegu schorzenia u mężczyzny i kobiety, twierdząc, że

na równi można postawić częstość ostrej rzeżączki u mężczyzn, jak chronicznej u kobiet.

Rzeżączkę kobiecą charakteryzuje: 1) łatwość zakażenia, 2) trudność wyleczenia samoistnego i pod wpływem leczenia, 3) przewlekłość. Mężczyzna dzięki wąskości ujścia cewki moczowej łatwiej unika zakażenia, podczas gdy kobieta dzięki specjalnym warunkom anatomicznym skazana jest na nie znacznie częściej. Po okresie wylęgania u kobiety (3 — 5 dni), charakteryzującym się zupełnym brakiem jakichkolwiek objawów, wybucha zakażenie zazwyczaj w formie podostrej — pod postacią podrażnienia cewki moczowej i upławów białych. Podczas gdy u mężczyzny ostry początek choroby domaga się leczenia i szybko pod wpływem niego likwiduje się, u kobiety dyskretne objawy powodują lekceważenie choroby, przechodzącej w stan przewlekły, bardzo trudno poddający się leczeniu. Przechodzenie rzeżączki ze stanu podostrego w chroniczny jest rzeczą stale spotykaną.

Autor twierdzi, że na 10 kobiet, chorych na rzeżączkę, 9 ma rzeżączkę o przebiegu przewlekłym. W zależności od umiejscowienia zakażenia, rzeżączkę dzielimy na wysoką i niską.

Przy rozpoznawaniu zakażenia rzeżączkowego u kobiet, konieczną jest według autora dokładna znajomość anatomii kryjówek gonokokowych. Są to przede wszystkim: 1) cewka z ujściami b. licznych gruczołów, jakoteż licznymi zagłębieniami śluzówki. Tu gonokoki usadawiają się najchętniej bliżej ujścia zewnętrznego cewki, 2) gruczoły S k e n e g o — 4 gruczoły dokołocewkowe, znajdujące się na wewnętrznej stronie warg małych, 3) fałdy śluzówki dokoła ujścia cewki, ujścia gruczołowe, uchyłki śluzówki, jamki itp., 3) gruczoły B a r t h o l i n a, ujścia których znajdują się w przedsionku na wewnętrznej stronie wargi małej przed błoną dziewiczą, 5) szyja macicy z b. licznymi gruczołami i śluzówką pofałdowaną, tworzącą t. zw. drzewo życia, dostarcza dużo kryjówek dla gonokoków, 6) trzon z licznymi gruczołami, 7) trąbki, sprzyjające usadowieniu się gonokoków dzięki licznym fałdom śluzówki. Jedynie pochwa bez gruczołów z nabłonkiem wielowarstwowym płaskim, nie rogowaciejącym nie sprzyja rozwojowi gonokoków, z wyjątkiem rzeżączki u małych dziewczynek.

Rozpoznawanie rzeżączki kobiecej opiera się na badaniach klinicznych, bakteriologicznych i serologicznych. Kliniczne objawy rzeżączki są następujące: 1) rzeżączka ostra b. rzadko przebiega z objawami ostrego, bolesnego nieżytu cewki z paleniem, kłuciem, częstym oddawaniem moczu, cewką czerwoną, obrzękłą, bolesną i szyją macicy w stanie zapalnym, powodującym obfite, ropne upławy; zaczerwienienie pochwy i sromu duże, 2) podostra forma — zapalenie cewki przejściowe i lekkie. Upławy małe. Nie ma odczynu pochwy ani sromu. Postać ta często jest niezauważona. 3) Chroniczna forma nie daje żadnych objawów. Ponieważ wszystkie powyżej opisane objawy kliniczne nie są zupełnie charakterystyczne, koniecznym jest badanie bakteriologiczne.

Diagnostyka bakteriologiczna polega na dokładnym kilkakrotnym badaniu mikroskopowym wydzieliny, pobranej ze wszystkich powyżej opisanych siedzib gonokokowych, nie opuszczając żadnej. Badanie mikroskopowe jest o tyle trudne, że flora bakteryjna wydzielin jest zwykle b. obfita i różnorodna, a gonokoków mało. Rozmazy radzi autor utrwalać w sposób zwykły nad płomieniem. Barwienie najczęściej wg Grama. Pamiętać należy, że dwoinki gramujemne mogą być nie tylko gonokokami (np. meningokoki), natomiast z całą pewnością wyłączamy wszystkie dwoinki gramdodatnie. Obecność leukocytów naprowadza na istnienie sprawy zapalnej.

Przy rozpoznawaniu mikroskopowym gonokoka należy wziąć pod uwagę 4 następujące charakterystyczne jego właściwości:

1) gonokok jest dwoinką, złożoną z dwóch elementów, o kształcie nerkowatym, stykających się ze sobą wklęsłościami, między elementami dość szeroka przestrzeń; dwoinka w otoczce dość szerokiej.

2) gonokok prawie zawsze znajduje się wewnątrz leukocyta, w każdym bądź razie rozpoznanie rzeżączki może być postawione tylko w tym wypadku;

3) gonokoki występują pojedyńczo, nie układając się w żadne charakterystyczne formy, pałeczki, gronka, paciorki itp.;

4) gonokok jest zawsze gramujemny.

Laboratorium, jako czynnik pomocniczy przy rozpoznaniu zakażenia rzeżączkowego u kobiety. (L'aide du laboratoire dans le diagnostic de l'infection gonococcique). G u i l l a u m i n Ch.

VII Zjazd Ginekologów Francuskich. Revue franc. de Gyn. et. Obst. 1938. Nr 4.

Ponieważ zwykłe badanie miskroskopowe jak wykazało doświadczenie często daje wyniki negatywne, pomimo istniejącej infekcji rzeżączkowej, należy uciekać się według autora do bardziej skomplikowanych laboratoryjnych sposobów, a więc do posiewów, gonoreakcji i wreszcie do t. zw. intradermoreakcji.

Posiewy pozwalają na wyłączenie często tak utrudniających rozpoznanie pseudogonokoków i szeregu innych bakterii.

Przenoszenie wydzieliny pobranej do posiewu ze względu na małą odporność gonokoków na wahania temperatury, powinno być bardzo ostrożne, najlepiej w specjalnym termosie, otoczonym wodą ogrzaną do temp. 33 — 35°. Pożywka dla gonokoków powinna zawierać białko zwierzęce i witaminy — tym warunkom odpowiada krew lub płyn wysiękowy. Dobrze jest posiać na pożywce płynnej np. bulionie, a potem przesiać na pożywkę stałą. Kwasota pożywki powinna być zbliżona do pH = 7 — temp. środowiska dla posiewów optymalna 37°. W praktyce posiew powinien wyglądać następująco: jeden na bulionie, drugi na płytce krwawej, lub na płynie wysiękowym — trzeci na pożywce według M a c L e o d' a, zawierającej krew zwierzęcą. Posiewy rosną przez 24 godziny. Zazwyczaj doba wystarcza, aczkolwiek czasem należy czekać na wynik do 3 — 4 dni.

Na pożywce stałej kolonie gonokokowe wyglądają jako grudki jakby żelatynowe, nieco niebieskawe.

Właściwość gonokoka wywoływania fermentacji glukozy z wyłączeniem innych cukrów wykorzystano w celach rozpoznawczych, a mianowicie przesiewano podejrzaną kolonię na agar z płynem wysiękowym z glukozą, drugą na agar z

maltozą, trzecią z laktozą — gdy mamy do czynienia z gonokokiem, to pożywka pierwsza zaczyna wpadać w kolor czerwony, pozostałe zostają bez zmian.

Z innych badań laboratoryjnych należy wymienić gonoreakcję, odczyn znany od 1906 r. (Muller i Oppenheim). Gonoreakcja polega na własności surowicy chorego odchylania dopełniacza w obecności antygenu gonokokowego.

Gonoreakcja występuje tylko od 15 — 20 dnia zakażenia i jeśli stosowana była szczepionkowa kuracja, to w ciągu 2 miesięcy gonoreakcja jest celowa przy 1) rozpoznaniu ukrytej bezobjawowej rzeżączki, 2) dla stwierdzenia nawrotu, 3) dla kontroli wyleczenia.

W 1935 roku zaproponowany został przez Mutermilcha i Grynberga nowy sposób laboratoryjny do wykrywania zakażenia gonokokowego, tzw. intradermokoagulacja. Objaw ten polega na wstrzykiwaniu doskórnie 0,2 cm^3 roztworu polisacharydów gonokokowych, przygotowanego przez autorów według specjalnego skomplikowanego przepisu; reakcja występuje po 24 godzinach w postaci guzka wielkości od ziarna soczewicy do 20 groszy otoczonego zaczerwienieniem, dochodzącym do 10 cm^3 średnicy. Reakcja znika po 3 — 4 dniach. Reakcja ta według Barbelliou a i Felda daje dobre wyniki.

Z technik innych należy wymienić sposób Damisa i Opitza, polegający na mierzeniu pH wydzieliny pochwowej: pH powyżej 7 t. zn. reakcja alkaliczna dowodzi jakoby zakażenia gonokokowego. Bienenfeld i Enstein w badaniach swoich zaledwie w 60% otrzymali dodatni wynik tego sposobu przy rzeżączce.

Drugi sposób Mośettiego polega na rozpoznawaniu zakażenia rzeżączkowego przy pomocy prowokacji wstrząsu, wywołanego przez wstrzyknięcie antygenu specyficznego. Po wstrzyknięciu porcji 50 — 100 milionów gonokoków ma nastąpić spadek leukocytów do 1000 — 3700 bez objawów ze strony tętna i ogólnych. Taka reakcja uważana ma być za pozytywną.

Dwa ostatnie sposoby są jednak niepewne i mało używane.

Dawkowanie folikuliny, ocena wyników i badania nad nową próbą kontrolną. (Le dosage de la folliculine chez la femme: critique des résultates et étude d'un nouveau test). Durupt.

Gynécologie et Obstétrique, Tom 37 Nr. 3, marzec 1938, str. 183 — 193.

Autor swoją metodę mianowania folikuliny oparł na jednostce wagowej, t. zn. jednostce międzynarodowej, wynoszącej 0,1 g krystalicznej folikuliny. — Po wstrzyknięciu niedojrzałym myszkom równych ilości folikuliny obserwował t. zw. test Doisy'ego i Curtissa, polegający na tym, że na skutek zastrzyku folikuliny pochwa otwiera się (zieje). Stosując roztwór wodny w 3 kolejnych zastrzykach po 0,5 cm^3 stwierdził, że najmniejszą dawką potrzebną do wywołania objawu Doisy'ego i Curtiss'a było 0,1 g folikuliny. Wartość ta zmieniała się przy stosowaniu roztworów w oliwie i zależała wtedy również od ilości oliwy. Dawka wywołująca rozwieranie się pochwy wynosi 0,25 g folikuliny w ¼ cm^3 oliwy, na jedno wstrzyknięcie.

Próba jest daleko dokładniejsza niż powszechnie stosowana próba zrogowacenia nabłonka pochwy.

T. Zawodziński.

CHOROBY SKÓRY.

Kliniczne postaci bujających, ropnych zapaleń skóry. (Formes cliniques des pyodermites vegetantes). A. Nanta, A. Barex.

Annales de Dermat. et de Syphil. 1937, Nr 9.

Na podstawie licznych spostrzeżeń dzielą autorzy ropne, bujające zapalenia skóry na wtórne, w których proliferacja naskórka jest powikłaniem uprzednio istniejącego schorzenia (liszajec, figówka, owrzodzenie żylakowate) i pierwotne, wśród których wyróżniają kilka grup a mianowicie: a) pęcherzykowo - bujające (choroba Hallopeau), b) przebiegające z tworzeniem przetok, c) sączące i d) ostre.

Powyższy podział oparty jest wyłącznie na przebiegu klinicznym a nie uwzględnia ani rodzaju drobnoustrojów, wywołujących schorzenie ani właściwości podłoża, ani sposobu zakażenia, co zdaniem autorów ma duży wpływ na postać i co z czasem będzie podstawą racjonalniejszego podziału tych cierpień. Tak np. postaci schorzeń ropnych bujających przybierają odmienny wygląd w zależności od tego, czy drobnoustrojem zakażającym jest gronkowiec, łańcuszkowiec czy prątek okrężnicy. Duży wpływ na typ schorzenia ma uczulenie, brak witamin, odwapnienie ustroju itd. Inne zakażenia (kiła) również nie pozostają bez wpływu na przebieg schorzeń ropnych bujających.

Zagadnienie prowokacji odczynów surowiczych kiłowych w świetle nowej metody prowokacyjnej. (Sur la question des provocations sérologiques dans la syphilis à l'occasion d'une nouvelle methode de provocation). E. Rajka.

Annales de Dérmat. et de Syphil. 1937, Nr 9.

W dzisiejszym stanie nauki o kile rozpoznanie wyleczenia kiły stawia się na podstawie braku objawów klinicznych i surowiczych w krwi i w płynie mózgowo - rdzeniowym, przebytego dość długiego i energicznego leczenia, w końcu na podstawie braku kiły w rodzinie leczonego. Te wszystkie sprawdziany okazują się niekiedy niedostateczne, a wtedy stoimy wobec zagadnienia dotychczas niewyjaśnionego, jakim jest zagadnienie wyleczalności kiły.

Cały szereg sposobów prowokacji odczynów surowiczych w przebiegu kiły miał na celu stworzenia sposobu pewniejszego od poprzednich, stwierdzającego uleczenie kiły. Wszystkie dotychczasowe sposoby prowokacji okazały się praktycznie mało wartościowe z powodu zbyt niepewnych wyników.

Autor wychodząc z założenia, że przeciwciała są związane z komórką i od czasu do czasu uwolniwszy się dostają się do krwiobiegu, że przeciwciała te nie powstają gdziekolwiek w organizmie, lecz najprawdopodobniej w komórkach układu siateczkowo- i śródbłonkowego, że pod wpływem niektórych alergenów układ ten produkuje przeciwciał więcej i uwalnia je, przez co zjawiają się one w krwi-obiegu, stworzył nowy sposób nasilania odczynów surowiczych w kile, polegający na pobudzeniu układu siateczkowo - śródbłonkowego do wytwarzania przeciwciał i do ich wydalania do krwi. Stosował w tym celu adrenalinę, efedrynę i ich pochodne. Są to leki pobudzające układ siateczkowo - śródbłonkowy i przez skurcz naczyń i śledziony wyciskające niejako przeciwciała z komórek do krążenia. W pół godziny i w godzinę po podaniu leku (provocation) pobierano krew, a wyniki badania porównywano z wynikiem przed wstrzyknięciem. W ten sposób na 367 przypadków surowiczo - ujemnych w 33 przypadkach uzyskano nasilenie odczynu Wassermanna — a na 254 ujemnych odczynów kłaczkujących 13 zdołano zamienić na dodatnie. Okres kiły nie odgrywał w badaniach wyraźnej roli.

Zdaniem autora powyższy sposób badania przedstawia pewną wartość w ocenie wyleczenia kiły i powinien być wykonywany obok innych, gdy chodzi o pozostawienie rozpoznania kiły wyleczonej zwłaszcza w orzeczeniach przedślubnych.

Pyretoterapia w przypadkach kiły skóry, opornego odczynu Wassermanna i w dermatologii. (Pyrétothérapie dans les syphilis cutanées, les Bordet - Wassermann irréductibles et la dermatologie). H. Gougerot, P. Durel.

Annales des maladies vénér. Nr 4, 1937.

Autorzy omawiają zagadnienia poruszane na kongresie pyretoterapii w Nowym Yorku. Pyretoterapia oddaje duże usługi w leczeniu kiły, lecz tylko w zakresie tych objawów, które okazały się oporne na leczenie chemiczne, czy to będą objawy kliniczne, czy też surowicze w krwi lub płynie mózgowo-rdzeniowym.

Twierdzenie powyższe znajduje następujące uzasadnienie: spostrzeżenia kliniczne nie dowiodły skuteczności pyretoterapii w zapobieganiu rozwojowi kiły; te same kliniczne spostrzeżenia wykazały konieczność stosowania w leczeniu kiły obok pyretoterapii także i leczenia chemicznego, które w tym razie może być jedynie nieco skrócone. Jest to korzyść zbyt mała, aby można było stosować powszechnie ten dosyć trudny do wykonania sposób leczenia.

Jako wskazania pozostają więc dla pyretoterapii jedynie objawy kiły oporne na leczenie chemiczne, przy czym po przegrzewaniu należy zawsze zastosować leczenie chemiczne lekami rozmaitymi.

W łuszczycy, pęcherzycy a zwłaszcza w ziarniniaku grzybiastym uzyskano przez pyretoterapię dość dobre wyniki.

Leczenie łuszczycowych schorzeń stawów. (Traitement des arthropathies psoriasiques). G. Milian.

Revue franç. de Dermat. et de Vénér. Nr 3, 1937.

Liczne są czynniki przemawiające za gruźliczą etiologią łuszczycy. W świetle tej hypotezy należy łuszczycowe schorzenia stawów uważać za objaw reumatyzmu gruźliczego, a wtenczas leczenie tych przypadków tuberkuliną i solami złota jest całkowicie uzasadnione. I rzeczywiście wyniki leczenia tych przypadków dożylnymi wstrzykiwaniami crysalbiny są bardzo dobre (2 ra-

zy tygodniowo po 0.1 — 0.3). Leczenie złotem należy stosować w przypadkach uporczywych, gdy inne sposoby zawiodły. Doskonałym środkiem pomocniczym jest wtedy maść chrysarobinowa $^1/_{200}$ lub $^1/_{100}$ lub wcierania bardziej stężonej maści chrysarobinowej 2% — 3% w okolicę chorych stawów.

Wątroba, a leczenie przeciwkiłowe. (Le foie et les traitements anti - syphilitiques). A. G a l l i o t.

Annales des maladies vénér. Nr 5, 1937.

Autor, nie przesądzając zagadnienia, czy niedomoga wątroby nieznacznego stopnia jest następstwem, czy też przyczyną powikłań w przebiegu chemicznego leczenia kiły, stwierdza fakt, że często taką właśnie niedomogę spotyka się w przypadkach powikłań wśród leczenia kiły. Podawanie w tych razach wyciągów wątrobowych, lub podawanie tych wyciągów zapobiegawczo przy każdym leczeniu kiły, jest godne polecenia.

Liszaj rumieniowy języka, śluzówki policzków, wargi dolnej, powikłany zwyrodnieniem złośliwym, współistnienie łuszczycy. (Lupus érythémateux de la langue, de la face muqueuse des joues, de la lèvre inférieure, epithélioma précoce consécutif, coexistence de psoriasis). P. L e C o u l a n t.

Annales de Dermat, et de Syphil. Nr 9, 1937.

Przypadek dotyczy 36 letniego mężczyzny, silnego i poza schorzeniem skórnym całkiem zdrowego, który w dzieciństwie przeszedł gruźlicze schorzenie kości i gruczołów. U tego chorego od 15-stu lat istnieje liszaj rumieniowy śluzówek jamy ustnej i od tego samego mniej więcej czasu typowa łuszczyca. Przypadek powyższy zasługuje na uwagę ze względu na rzadko spotykane umiejscowienie liszaja rumieniowego. Ponadto jest on potwierdzeniem hypotezy gruźliczego pochodzenia liszaja rumieniowego, a i współistnienie łuszczycy, która zdaniem wielu autorów ma również etiologię gruźliczą, nie przeczy temu przypuszczeniu. Schorzenie śluzówek było bardzo oporne na wszystkie sposoby leczenia miejscowego, szybko ustąpiło pod wpływem podawania bizmutu (wstrzykiwania muthanolu) lecz w trakcie tego leczenia, bez widocznej przyczyny wykwit na wardze przekształcił się w nabłoniak (epithelioma spinocellulare), co, ze względu na młody wiek chorego stwarzało niepomyślne rokowanie.

Zwyrodnienie złośliwe liszaja rumieniowego należy do wyjątkowo rzadkich przypadków a w opisanym powyżej wpływ leczenia promieniami Roentgena lub radem, jako usposabiający do takiego zwyrodnienia, był wykluczony, gdyż chory ten żadną energią promieniotwórczą nie był leczony. *Dr Jastrzębska*

CHOROBY UCHA, GARDŁA I NOSA.

O wrzekomych zapaleniach ucha środkowego i bólach usznych (otalgiach) odruchowych. Les fausses otites moyennes et les otalgies réflexes. L. L a r r o q u e.

Paris Médical T. 27. Nr 36.

Poza nieżytowymi i ropnymi zapaleniami ucha środkowego istnieją zespoły bólów ucha, nie ma-

jąc z powyższymi jednostkami nic wspólnego, o czym musi pamiętać specjalista i niespecjalista, chcąc uniknąć błędów. Przede wszystkim należy pamiętać o obrazie zapalnym samej błony bębenkowej (myringitis) jużto pierwotnym jużto pozostającym w związku z zapaleniem ucha zewnętrznego trwającym lub przebytym. Wówczas można się kierować 1) małą zmiennością obrazu słoninowato zgrubiałej błony i 2) dobrym słuchem.

Niekiedy występują w przebiegu grypy pryszczyki (phlyctaenae) i opryszczki (herpes) błony. Nie wolno też zapominać o umiejscowieniu półpaśca na błonie. Zmiana ta jest równie bolesna jak w ogóle półpasiec (herpes zoster oticus). U dzieci po upadku na podbródek, uderzeniach występuje przekrwienie ściany przewodu ucha i błony, z bólem niekiedy uporczywym.

Tu należy cały szereg bólów ucha odruchowych, promieniujących. Tłumaczą się one po części anastomozami nerwów, po części są niewyjaśnione. Odruchy te wychodzą 1) z ust, 2) gardła lub 3) krtani i jej otoczenia. Przy zmianach, zwłaszcza guzach końca języka odruchy te biegną przez nerw językowy (z trzeciej gałęzi trójdzielnego) i strunę bębenkową (chorda tympani), przy zmianach podstawy języka przez anastomozy z nerwu 9-go (glosso-pharyngeus) do splotu Jacobsona, rozprzestrzeniającego się w ścianie jamy bębenkowej. U dzieci, których skargi są zwykle nieściśle umiejscowione, trzeba zwracać uwagę na wszelkie zmiany dotyczące zębów, zwłaszcza na próchnicę. U osobników starszych spotyka się zmiany w obrębie ostatniego molara lub nieprzebitego zęba mądrości — tutaj niekiedy z zaczerwienieniem przechodzącym ku łukowi przedniemu — jako punkt wyjścia bólów odruchowych ucha. Podobny do powyżej przytoczonych jest mechanizm bólów ucha odruchowych przy stomatitis ulcerosa (n. lingualis - chorda tympani), przy ostrym zapaleniu migdałków, w bardzo wczesnych okresach rozwijającego się ropnia koło migdałkowego, zanim jeszcze wystąpi wyraźny obrzęk i zaczerwienienie śluzówki (nervus glosso - pharyngeus — nervus Jacobsoni). Niekiędy opryszczka górnej powierzchni podniebienia lub stan po adenotomii powodują odruchowe bóle ucha o charakterze przemijającym. Czasem występują one jako zwiastuny reumatycznego porażenia nerwu twarzowego.

Z chorób krtani należy tu wymienić gruźlicę, ciała obce, oparzenie i wszelkie zmiany w obrębie chrząstek nalewkowych. Bóle ucha mogą tu mieć albo charakter stały albo występują one tylko podczas połykania.

Wreszcie złamanie kości, zwłaszcza rogu większego, powodować musi bóle odruchowe ucha na drodze poprzez nerw błędny i jego gałązki uszne czuciowe. Bóle tu są zwykle umiejscowione w okolicy przedniej wyrostka sutkowego lub w okolicy tylnej ściany przewodu. Niejasny jest mechanizm bólów ucha, występujących niewątpliwie bez określonego tła anatomicznego w przebiegu schorzeń wnętrza jamy czaszki i w przebiegu urazów wewnątrzczaszkowych zarówno w okolicy potylicznej jak i czołowo - ciemieniowej. Należy o tych bólach wiedzieć, aby nie koniecznie w przypadkach poddanych orzeczeniu sądowo-lekarskiemu podejrzewać symulację. Wreszcie ważnym jest wiedzieć o otalgiach we wczesnych i późnych okresach gruźliczego zapalenia opon mózgowych u dzieci. Wczesne mogą prowadzić rozpoznanie na błędne drogi, późne nie będą już zazwyczaj przedmiotem badania otologicznego, gdyż mają charakter końcowy.

Termiony złota, a gruźlica dróg oddechowych. Thermions d'or et la tuberculose des voies respiratoires. Y. de Kerangal.

Revue de Laryngologie 1937. Nr 8.

Podczas procesu rozgrzewania się, siły, których istoty bliżej nie znamy, powodują oddalanie się od siebie cząsteczek wśródatomowych atomu metalu, stwarzając równocześnie pewien stan napięcia czy ciśnienia. W tej fazie pod wpływem rzeczonego ciśnienia odrywają się obwodowo leżące najdrobniejsze cząsteczki atomu i ulatują, rozpraszając się w przestrzeni. Są to termiony, będące rodzajem jonów gazowych. Termiony te można w odpowiednio skonstruowanych zbiornikach czy cylindrach uchwycić in statu nascendi i skierować do miejsca przeznaczenia, przy czym w celach leczniczych można dochodzić na terenie tkanek do ciepłoty 45° (zdaje się Reaumura?). Działanie termionów wyraża się wedle autora w miejscowym przekrwieniu o charakterze bardzo łagodnym z następową leukocytozą, wchłanianiem się wysięków i zwiększoną tendencją przeciwbakteryjną. Wypowiedziane powyżej poglądy są oparte na faktach klinicznych, spostrzeganych zarówno przez autora jak pewnych poprzedników (Gardève, Pichat, Metalnikoff). Autor czyni aluzje do analogiczności promieniowania tych „jonów cieplnych" z siłami radioczynnymi. Gdy skonstruujemy wężownicę miedzianą powleczoną na drodze elektrolizy warstewką złota, wówczas warstewka ta po parokrotnym ogrzaniu wężownicy znika. Fakt ten uważa autor za naoczny dowód rozpraszania się termionów.

Szwarcbart.

CHOROBY OCZU.

Ból oczny i światłowstręt. (Douleur oculaire et photophobie). A. Magitot.

La Presse Médicale, Nr 5, 1938.

Bóle oczne bywają bardzo różne. Mogą być wywołane schorzeniem sąsiedztwa (zapalenie zatok, ropnie zębowe), jak również mogą być pochodzenia ściśle ocznego.

Z tych należy odrzucić bóle wywołane przez wadę refrakcji, wysiłek nastawności, oraz starowzroczność.

Nie są one bólami istotnymi, lecz udręką, która może być usunięta przez przyjęcie lekarstwa od bólu głowy.

U pracowników umysłowych, prowadzących siedzący tryb życia, przeciążonych pracą, wspomniana niedogodność, jakkolwiek czasem silnie zaznaczona, ustępuje z chwilą poprawienia wady lamliwości.

Istotne bóle oczne są związane ze schorzeniem rogówki i tęczówki. Należą do nich również bóle, wywołane przez jaskrę. Najbardziej jednak dotkliwymi są bóle uwarunkowane przez nad-

żerki rogówki, gdyż żaden narząd nie jest tak bogato uposażony w zwoje nerwowe i zakończenia czuciowe, jak rogówka.

Bólom, wywołanym przez choroby przedniego odcinka oka zawsze towarzyszą w większym lub mniejszym stopniu łzawienie, skurcz powiek i światłowstręt.

Odruchowe łzawienie jest objawem czynności ośrodków parasympatycznych, znajdujących się w pobliżu jądra n. VII, którego włókna przechodzą do zwoju skrzydłowo - podniebiennego.

Można przyjąć, że skurcz powiek jest spowodowany nie tylko przez podrażnienie jądra n. VII, lecz również przez podrażnienie układu parasympatycznego, bowiem odnośne mięśnie posiadają unerwienie potrójne (n. VII dla ruchów dowolnych i odruchowych, nerwy sympatyczny i parasympatyczny dla ruchów automatycznych).

Światłowstręt, takim jakim go znamy z praktyki życia codziennego, jest odczuciem bolesnym, wywołanym przez światło.

Element bólu odróżnia go od znanego wielu osobom nieprzyjemnego uczucia doznawanego pod wpływem silnego oświetlenia. Jakkolwiek może on być niezwykle dojmujący, zdaniem autora nie jest istotnym światłowstrętem a rodzajem uczulenia, pozostającego w związku ze skłonnością do pokrzywki słonecznej i dermografizmu.

Istotny światłowstręt należy odróżniać od uczucia olśnienia, na które skarżą się niektórzy ozdrowieńcy, albinosi, oraz osobnicy z tęczówką słabo zabarwioną, jak również cierpiący na zaćmę, u których olśnienie światłem dnia słonecznego wywołuje zwężenie otworu źrenicznego pod wpływem odruchu światło - ruchowego. W oświetleniu łagodnym otwór ten rozszerza się — pacjenci widzą lepiej.

Istotny światłowstręt spotykamy przede wszystkim w chorobach przedniego odcinka oka, głównie rogówki.

Wydaje się, że im bardziej powierzchowną jest sprawa chorobowa rogówki, tym bardziej dojmującymi są bóle, wywołane przez dopływ światła.

Czasami bywają one tak silne, że widok białego papieru, światło księżycowe, lub światło przenikające przez zamknięte powieki jest dostatecznie silnym bodźcem do wywołania gwałtownych bólów.

Ze światłowstrętem takim spotykamy się przy zapaleniu rogówki i spojówki wywołanym przez promienie ultra fioletowe.

Oftalmia śniegowa odznacza się nieco mniejszym uczuleniem na światło, podobnie stany zapalne oka pracowników kinematograficznych, jakkolwiek i u nich bywa tak silny światłowstręt, że decydują się na zasłonienie oczu ciemną przepaską.

Należy zanotować, że zapalenia spojówek nie wywołują światłowstrętu, pojawia się on jednak z chwilą przejścia sprawy chorobowej na rogówkę, jak to ma miejsce przy ospie wietrznej, lub przedostaniu się do oka szczepionki przeciwospowej.

Choroby tylnego odcinka oka z siatkówką włącznie nie powodują bólów pod wpływem światła.

Ze światłowstrętem możemy spotkać się również w chorobach nie tylko ocznych, np. w gruźliczym zapaleniu opon mózgowych (dość rzadko) oraz w

pewnych neuralgiach nerwu trójdzielnego i migrenie, jak również w niektórych stanach podrażnienia opon mózgowych (np. po znieczuleniu dolędźwiowym), zdarza się jednak rzadko i bynajmniej nie jest prawidłem.

Światłowstręt częstokroć jest zjawiskiem współczulnym: z chwilą oświetlenia oka zdrowego zjawiają się bóle w zakrytym chorym oku, jak również oko ślepe jest zdolne do wywołania światłowstrętu w oku zdrowym.

Hirschberg i Gomberg ogłosili obserwacje, dotyczące przypadków klinicznych niezwykle demonstracyjnych: z chwilą usunięcia oka ślepego, wyż. opisane zjawiska „współczulnego światłowstrętu" ustępowały.

Autor przypomina doświadczenia Claude Bernarda, które doprowadziły do wniosku, że źródło światłowstrętu znajduje się w częściach oka unerwionych przez nerwy rzęskowe i że nerwy pozostające w związku z nerwem sympatycznym otrzymują od niego szczególne właściwości.

Klinika Vogta w pracy Siegwarta ogłoszonej w 1920 r. zrobiła wyłom w twierdzeniach Claude Bernarda.

Autor dowodzi, że pomiędzy światłowstrętem i zwężeniem źrenicy na światło istnieje związek, który tłumaczy, że oświetlając chore oko można wywołać ból po stronie zdrowej i naodwrót.

Powyższe mniemanie, że światłowstręt jest (przynajmniej w pewnym stopniu) związany z odruchem światło - ruchowym tęczówki, już w 1910 r. było wygłoszone i sprawdzone przez Nagela i von Freya.

Nagel cierpiący na migrenę i związany z nią światłowstręt, za radą von Freya wkroplił do oczu homatropinę, rozszerzając źrenicę.

Był z lekarstwa zadowolony i od tego czasu środki rozszerzające źrenicę (mydriatica) są stosowane we wszystkich zapaleniach rogówki z powodzeniem, którego praktycy nie usiłują zaprzeczyć.

Według Lebensohna (1934) zwężenie źrenicy w wypadkach zapalnych jest bolesne nie z powodu zwężenia jako takiego, a z powodu przekrwienia wywołującego zwężenie (w tym wypadku bierne).

Jeśli zastrzykniemy pod spojówkę rozczyn adrenaliny (1 : 1000) powodując rozszerzenie naczyń, źrenica rozszerzy się i światłowstręt ustąpi.

Autor zwraca szczególną uwagę na 3 niżej wyszczególnione punkty.

1. Usunięcie lub alkoholizacja zwoju Gassera powoduje ustąpienie bólów i światłowstrętu.

2. Wstrzyknięcie alkoholu do oczodołu poza gałkę oczną powoduje te same co wyżej następstwa. Zastrzyk taki jest najzupełniej bezpieczny.

Używa się igły długości 30 mm (aby nie uszkodzić żył oczodołowych) i zastrzykuje się 1 cm sześcienny nowokainy wraz z 2 cm sześciennymi alkoholu o mocy 60.

Znieczulenie rogówki jest czasowe, ból i światłowstręt ustępują.

3. Po znieczuleniu zwoju skrzydłowo-podniebiennego ustępują natychmiast światłowstręt i związane z nim objawy: łzawienie i skurcz powiek.

Do wykonania powyższego zabiegu proponowano szereg sposobów, jednakże najbardziej skutecznym jest, zdaniem autora, zastrzyk nowokainy dokonany igłą długości 35 mm do kanału podniebiennego tylnego.

Wkłucie należy wykonać w przestrzeni pomiędzy dwoma ostatnimi zębami trzonowymi a kątem utworzonym przez sklepienie podniebienia i wyrostek zębowy.

Zabieg jest łatwy i bezpieczny.

Światłowstręt należy rozpatrywać bądź jako ból pochodzenia sympatycznego, mający swe źródło w zwoju skrzydłowo - podniebiennym, bądź jako ból spowodowany przez rozszerzenie naczyń, wywołane przez powyższy zwój.

Ból pochodzenia sympatycznego pierwotny, czy też wtórny (choroby zatok, nosa, zębów) może być usunięty lub zmniejszony dzięki fenolizacji muszli środkowej, znajdującej się w sąsiedztwie zwoju skrzydłowo podniebiennego.

Postępowanie — jak powyżej opisano — nie daje pewnych rezultatów.

Objawy oczne, wywołane rozszerzeniem naczyń, mogą być usunięte przez zastrzyk podspojówkowy adrenaliny. Należy podkreślić stokroć większą aktywność rozczynu adrenaliny 1 : 1000 aniżeli rozczynu 1 : 100.

Przy użyciu środków podobnych do adrenaliny (np. efedryna) otrzymuje się rezultaty mniej zadawalające.

Jak wynika z powyższego oraz względów klinicznych, wydaje się, że światłowstręt winien być rozpatrywany nie tylko jako zaburzenie naczynio ruchowe, lecz również jako ból pochodzenia sympatycznego wyzwolony przez podrażnienie czuciowe bezpośrednie lub pośrednie.

Należy pamiętać o możliwości przeniesienia na drugie oko podrażnienia świetlnego jak również skurczu nastawności. Skurcz mięśnia rzęskowego jest niezależny od siły światła, a spowodowany jedynie potrzebą wyraźnego widzenia.

Opisane objawy dotyczyły bólu spowodowanego światłowstrętem.

Oprócz chorób ocznych, w których na pierwszy plan wybija się ból wywołany przez światło istnieją takie, gdzie mamy do czynienia z bólem bez światłowstrętu.

Dalszy ciąg artykułu autor poświęca omówieniu leczenia takich chorób.

Jako doskonały środek leczniczy uważa autor wstrzyknięcie alkoholu do zwoju skrzydłowo-podniebiennego oraz zastrzyk tegoż do oczodołu. Poza własnością kojącą zabieg powyższy usuwa skurcz powiek, oraz częstokroć ma wpływ leczniczy.

Jednym z najbardziej demonstracyjnych przypadków jest leczenie powyżej opisanym sposobem miąższowego zapalenia rogówki.

Zastrzyk dooczodołowy alkoholu znakomicie skraca okres choroby (leczenie specyficzne winno być przeprowadzone z całą sumiennością). Zaraz po pierwszym zastrzyku zmniejsza się światłowstręt, najbardziej uporczywy ustępuje po trzecim. Znika ból, rogówka przejaśnia się i po upływie miesiąca posiada przejrzystość taką, jak inne po czterech miesiącach leczenia bez stosowania zastrzyku alkoholu do oczodołu.

Podobne rezultaty można zauważyć przy leczeniu zaburzeń rogówkowych w jaskrze, które ustępują lub zmniejszają się wydatnie, pomimo istnie-

jącego nadal zwiększonego ciśnienia śródgałkowego.

Dodatni wpływ zabiegu na psychikę chorego pacjenta nie ulega wątpliwości, przeistaczając ostrą postać chorobową w postać raczej przewlekłą, łatwiejszą do zniesienia.

W wypadkach gdy oko ślepe jest siedliskiem silnych bólów, zmuszających pacjenta do decyzji pozbycia się drogą operacji bolesnego narządu, wstrzyknięcie alkoholu, usuwając bóle, pozwala zachować gałkę.

Zapalenia tęczówki, ciałka rzęskowego oraz najbardziej demonstracyjne — zapalenia tęczówki na tle gonokokkowym, szczególniej u pacjentów uczulonych uprzednimi zastrzykami szczepionki — leczone zastrzykami zagałkowymi alkoholu przemawiają, zdaniem autora, niezwykle przekonywująco na korzyść opisanej metody leczenia.

Jakkolwiek dodatnie rezultaty takiego leczenia mogą być przemijające, nie należy się tym zrażać, gdyż zastrzyk alkoholu może być powtarzany aż do zupełnego wyleczenia.

Leczenie takie może być uzupełnione zastrzykami podspojówkowymi trzech do czterech kropli adrenaliny.

W zakończeniu autor wskazuje na instrukcyjność teoretyczną omawianego zagadnienia. Zjawiska kliniczne są tu ściśle uzależnione od elementu nerwowego. Z chwilą odpowiedniego postępowania sprawa chorobowa niemal natychmiast ustępuje, co wskazuje, że w rzeczywistości uszkodzenie anatomiczne było minimalne.

S. Topolski.

FYTOTERAPIA.

Odżywianie współczesnego człowieka. Kapusta świeża i kiszona. (Les aliments de l'homme moderne: Choux et Choucroute). Jan Schunck de Goldfiem.

La Presse Médicale Nr. 21/1938.

Kapusta należy — jak wiadomo — do warzyw z rodziny krzyżowych, które obejmują liczne odmiany roślin jadalnych (prócz kapusty, np. kalarepę, kalafiory, brukiew i wiele innych).

Z punktu widzenia chemicznego, kapusta w swym soku zawiera węglowodany, tłuszcze, białko, substancje mineralne, glukozydy, organiczne związki siarki, życiany itp. Składniki te tłomaczą znaczenie odżywcze i lecznicze zarówno świeżej kapusty, jak i kiszonej.

W pracy słynnego fytoterapeuty francuskiego, Prof. dra Leclerca „Jarzyny Francji" („Legumes de France"), znajdujemy dość obszerną historię kapusty.

Na podstawie drobiazgowych badań twierdzi Leclerc, że już w zaraniu ludzkości człowiek prehistoryczny używał kapusty na pokarm. Rzymianie podnieśli ją do godności rośliny świętej; Katon w swym dziele De re rustica wychwala wartość kapusty, radząc podawać ją dla wzmożenia apetytu przed każdym posiłkiem; tenże autor był zdania, że kapusta jest doskonałym środkiem leczniczym — we wszystkich chorobach.

Koreańczycy uprawiali kapustę w tym samym czasie, co i rzymianie. Celtowie i germanie uprawę tę podtrzymywali dalej.

Ilość odmian kapusty już w czasach rzymskich dochodziła do 8 — 10. W XII stuleciu, we Francji rozróżniano trzy typy hodowanych kapust: białe, zielone i fryzowane. W XVI stuleciu rozpowszechniać się zaczęły, wyhodowane we Włoszech: kapusta milańska, brokuły, kapusta czerwona, kalafiory i kalarepa.

Równocześnie, cały szereg autorów: Valesco z Tarentu (w dziele „Philonium pharmaceuticum et chirurgicum"), Manardi (w „Epistolae medicinales"), Hoffmann (w „De medicamentis officinalibus" 1646) uznali kapustę za doskonały środek wykrztuśny, a Tomasz Barthelier („De medicina Danorum domestica" 1666) polecał kapustę do opatrywania ran.

W lekospisie powszechnym „Pharmacopée Universelle" Lémery, wydanym w r. 1697, znaleść można przepis leku na astmę i inne cierpienia płuc, zwanego wtedy „Looch":

soku ze świeżej kapusty czerwonej	500 g
szafranu	12 g
cukru mielonego	250 g
miodu „pieniącego się" (miel écumé)	250 g

utrzeć razem i zażywać z kawałkiem lukrecji.

„Medycyna i chirurgia ubogich" (La Médecine et Chirurgie des Pauvres), wydana w Paryżu 1736 r., radzi odwar z kapusty przy gruźlicy i wychudzeniu.

Później nieco, zalecano liście kapusty przy róży, owrzodziałej puchlinie podskórnej (anasarca) i skorbucie.

W bardzo cenionych komentarzach do lekospisu francuskiego Gublera: „Commentaires thérapeutiques du Codex medicamentarius", które miały dwa wydania w r. 1867 i 1894, gorąco zalecano „odwar i syrop z kapusty czerwonej jako lek odpowiedni dla słabych na piersi". Ślad tych poglądów znajdujemy w farmakognozji Reuttera (Traité de Matière médicale, 1923), który wspomina, że kapusta czerwona jest popularnym lekiem ludowym.

Dujardin-Beaumetz w swej klinice terapeutycznej („Traité de Clinique thérapeutique", 1891) broni kapusty, jako pokarmu, który nie tylko jest dobrze trawiony, ale wyraźnie działa wzmacniająco na żołądek, gdyż włościanie, którzy tak dużo spożywają kapusty — bardzo rzadko chorują na żołądek.

Leclerc zaobserwował, że świeży sok z kapusty, podawany dzieciom w ilości 20 do 30 g dziennie (w syropie) znakomicie spędza glisty dżdżownicowate (Ascaris lumbricoides).

Amerykanie: Murray-Bass, Hars, Stenbock, Evehjem i inni ustalili, że kapusta jest dobrym środkiem przeciwanemicznym.

Sam autor artykułu, Schunck de Goldfiem, uważa, że większość ludzi dzisiejszych wyraźnie cierpi na brak koniecznych dla życia organicznych związków siarki, co wywiera przemożny wpływ patologiczny, doprowadzając do charłactwa, wycieńczeń, poronień itp. spotecznie szkodliwych skutków. To go skłoniło do badań nad działaniem kapusty na ustrój.

Badania te doprowadziły autora do wniosku, że sok kapusty działa moczopędnie, że zawarte w nim życiany A, B i C, oraz jony potasu, sodu, magnezu, żelaza, krzemu i fosforu, zawarte w kapuście w formie kolloidalnej, łatwo uswajalnej, są wykorzystywane przez ustrój w całej pełni.

Przy badaniach tych stwierdzono, że żołądek ludzki trawi świeżą kapustę w 2½ godz., gotowaną — w 4½ godz. i kiszoną — w dwie. Potwierdza to zdawna utarte przekonanie o łatwostrawności kapusty kiszonej.

Kiedyś uważano powszechnie sok kwaszonej kapusty za środek lekko czyszczący, bardzo pożyteczny dla ustroju; później przypisywano mu własności bardzo szkodliwe.

Dziś jest sprawą jasną, że zależy to od sposobu sporządzania kiszonki.

Kapusta kiszona o barwie lekko żółtawej, nieco przezroczysta, w dotknięciu dość twarda, nie oślizgła, o zapachu ostrym, lecz przyjemnym (nie gnilnym!) — przygotowana prawidłowo, skiszona pod wpływem drobnoustrojów fermentacji mlekowej — jest pokarmem zdrowym, łatwo strawnym i gorąco polecanym, w swoim czasie, przez znakomitego uczonego, E. Mieczników a, jako pokarm pożyteczny dla ustroju ze względu na wywoływaną zmianę flory drobnoustrojów w jelitach, dzięki zawartym w niej drobnoustrojom (antagonistycznym względem pałeczek okrężnicy: Bact. coli, zatruwających nasz ustrój produktami rozkładu białka).

Sok z takiej kapusty, podawany doustnie nawet per se, doskonale pobudza apetyt i reguluje trawienie, pośrednio usuwając przykre bóle głowy, niemiły oddech itp. objawy zatrucia.

Mandragora — roślina demoniczna. (La Mandragore plante démoniaque). J. Bouquet.

Edit. Chiron, Paryż, 1937 — str. 109.

Istnieją rośliny, którym ludzkość przez całe wieki przypisywała nadprzyrodzone własności. Niektóre z nich do dnia dzisiejszego pozostały cenionymi lekami — należy np. do nich słynny chiński, nad wagę złota płacony, korzeń „żeńszeń"; inne stały się już jedynie mitem i legendą. Los tych ostatnich podzieliła w znacznym stopniu mandragora.

Był czas, kiedy ceniono ją nader wysoko. Pierwsze wzmianki o niej sięgają lat 1500 — 1800 przed Chrystusem i były znalezione w papyrusach tebańskich, które opisują jej własności nasenne, choć nie wspominają skąd egipcjanie otrzymywali tę roślinę: w samym Egipcie bowiem podróżnicy nigdy nie spotykali Mandragory, co stwierdzał już El Dadel Danite, podróżujący po kraju faraonów w IX wieku po Chr.

W Biblii wspomina mandragorę Księga Rodzaju XXX/14 i Pieśń nad Pieśniami. Z tej ostatniej widać, że mandragora była już i wtedy rzadką, że posiadała ona silny a niezwykły zapach i — nakoniec — że przypisywano jej własności zapobiegania niepłodności kobiecej.

Zaznaczyć zresztą trzeba, że niektórzy uczeni bibliści wyrażają poważne wątpliwości, czy ro-

ślina, wspominana w Pieśni nad Pieśniami jako mandragora (hebrajska nazwa „Dadaim"), nie była raczej — bananem (Musa Ensete).

W świecie starożytnym: grecko - rzymskim mandragora cieszy się już zdecydowanie sławą narkotyku.

Hippokrates zaleca: wyciąg z jej korzeni „w dawkach mniejszych, niż wywołujące obłędne omamy" do leczenia melancholików; kataplazmy z korzeni mandragory, gotowanej w winie, przeciw hemoroidom; wełnę, przepojoną sokiem mandragory z siarką, jako tampony pochwowe przy cierpieniach żeńskich organów rodnych.

Uczniowie Hippokratesa, zdając sobie sprawę z własności trujących mandragory, przypisują jej jednak cenne zalety uspokajające i przeciwbólowe; te poglądy dzieli Theophrastes i słynny Celsus. Widać szeroko była ona używana, gdyż Dioscorides opisuje już przemysłowe otrzymywanie jej soku: z drobno siekanych świeżych korzeni mandragory tłoczono sok, który następnie suszono na słońcu i przechowywano w naczyniach glinianych szczelnie zamkniętych.

Pliniusz Starszy zaleca przechowywanie korzeni w winie a liści w rozczynie soli; opisuje on zastosowanie tych przetworów farmaceutycznych do znieczuleń przy operacjach chirurgicznych.

Żaden z tych autorów nie wspomina o antropomorficznym wyglądzie korzeni mandragory, co — później — było powszechnie opisywane. Bajeczkę tę zawdzięczamy wschodniej bujnej fantazji historyka żydowskiego Flawiusza Józefa.

Przez długie stulecia lekarze starożytnego świata, nie przypisując mandragorze żadnych nadprzyrodzonych własności, widzieli w niej jedynie potężny środek znieczulający i uspokajający. Dopiero w VI wieku po Chrystusie, lekarz grecki Aleksander z Trallesu rozszerzył jej wskazania na cierpienia pęcherza i nerek, a w szczególności stosował mandragorę szeroko przy kamicy nerkowej.

W kodeksach lekarskich średniowiecznych, pochodzących z czasu między VI i IX stuleciem, nie znajdujemy nowych wskazań dla mandragory; wszędzie służy ona jednak do nasycania gąbek nasennych, używanych wtedy do otrzymywania przedoperacyjnej narkozy.

Były to kawałki gąbki, wielkości naturalnej brzoskwini, nasycone sokiem roślin usypiających lub wyciągami z takich roślin; przeważnie używano w tym celu mandragorę, makowiec, szalej i cykutę w stosunku 8 : 0,5 : 3 : 3. Gąbeczki takie suszono i przechowywano w naczyniach szczelnie zamkniętych.

Przed operacją, zanurzano taką gąbkę w ciepłej wodzie i wilgotną kładziono na usta i nozdrza pacjenta, który — po pewnym czasie — zapadał w sen i tracił czucie.

Po zakończeniu zabiegu chirurgicznego pacjenta budzono parą mocnego octu.

Autorowie dawni byli przekonani, że gąbki nasenne działały przez wdychanie; pogląd ten był całkowicie błędny: woda ciepła, którą gąbki te przed użyciem zwilżano, rozpuszczała substancje narkotyczne i ten roztwór, przenikając do ustroju per os, wywoływał sen i znieczulenie.

Awicenna stosował przy bólach gośćcowych maść z masła i korzeni mandragory, gotowanych w winie.

Szkoła Salernitańska w XIII stuleciu ogłosiła słynną „Liber de Simplici medicina, dictus Circa instans", w której poleca mandragorę do wielu celów, wprowadzając ją:

1) w skład „Aurea Alexandrina", podawanej doustnie przeciwko bólom i skutkom odmrożeń,

2) w skład „Confectio diacastoreum" — przeciwko bólom głowy, epilepsji, cierpieniom wątroby i śledziony,

3) w skład „Igia graeca" — przeciwko bólom zębów i schorzeniom dziąseł,

4) w skład „Confectio Athanasia" — przeciw upławom „macicznym" i krwawieniu z nosa,

5) w skład „Opopira magna", podawanej w winie przeciw porażeniom i bezwładowi.

„Liber de simplici medicina" wspomina, że istnieje mniemanie o antropomorfizmie korzeni mandragory, lecz jest ono całkowicie błędne. Natomiast, po raz pierwszy, księga ta ustala, że korzeń mandragory działa tylko przez lat 4 od chwili wydobycia z ziemi.

Długi szereg lekarzy średniowiecza, ze znakomitym Ambrożym Paré na czele, potwierdza dawne wskazania dla mandragory i podaje nowe: zwalczanie niepłodności. Równocześnie, z przełożonego w roku 1681 i wydanego w Paryżu lekospisu perskiego „Pharmacopea persica ex idiomate persico in latinum conversa" dowiedziała się Europa, że mandragora jest ceniona szeroko poza nią. Jednak powoli, w końcu XVII stulecia nowe odkrycia roślin leczniczych równie skutecznych, lecz bardziej pospolitych, i względy ekonomiczne detronizują mandragorę z jej stanowiska rośliny niezastąpionej i w XVIII wieku nie znajdujemy już wzmianek o niej w dziełach lekarskich. Jedyny ślad jej tysiącletniej popularności pozostał się tylko w Wielkim Słowniku Biblijnym („Grand Dictionnaire de la Bible") Ks. Dr R. Simona, wydanym w Lugdunie 1768 roku i cieszącym się olbrzymią popularnością.

Wspomniano nieraz jeszcze o mandragorze w XIX wieku, lecz już tylko jako o roślinie cenionej przez czarodziejów, nie przez lekarzy. Jeden tylko Danziol, chirurg z Tuluzy, używał kilkakrotnie wyciągu z mandragory do znieczulania operowanych z zupełnie dobrym skutkiem.

Za naszych czasów, wszystkie badania mandragory zgodnie ustaliły, że jest to roślina o działaniu gwałtownym, silnie narkotycznym, która wywołuje rozszerzanie źrenic, zwężenie krtani i może doprowadzić aż do halucynacji i stanów obłędnych.

Niewątpliwie, w przepisach starożytnych i średniowiecznych działanie mandragory bywało wzmożone synergetycznie przez dodatek innych roślin narkotycznych, jednak dziś stwierdzić należy, że wyciąg alkoholowy ze świeżych korzeni mandragory może być przydatny w lecznictwie we wszystkich tych przypadkach, gdzie podajemy atropinę.

Prof. dr Leclerc, który ostatnio zajął

się tym zagadnieniem, uważa, że do najgłówniejszych wskazań mandragory zaliczyć należy stosowanie jej przy bólach, wywoływanych przez wrzody żołądka i jelit, przy skurczach i parciach, przy bólach wątrobianych itp. Doskonałe rezultaty daje mandragora przy astmie, katarze siennym, dławcu i przy bezsenności na tle zaburzeń nerwowo-psychicznych.

W każdym bądź razie, stosowanie mandragory wymaga ścisłej obserwacji lekarskiej.

Dr B o u q u e t, inspektor farmaceutyczny Tunisu, przygotował wyciągi alkoholowe ze świeżo zebranych korzeni, owoców i liści mandragory i poddał je porównawczemu zbadaniu.

Okazało się przy tym, że wyciąg z korzeni jest najbardziej czynny; słabiej działały wyciągi z dojrzałych owoców; wyciągi z liści i nasion nie różniły się od wyciągów z korzeni, natomiast, wyciągi z kwiatów nie wykazały najmniejszego efektu narkotycznego.

Wskazania dra B o u q u e t a dla mandragory pokrywają się całkowicie ze wskazaniami prof. L e c l e r c a; poza tym zaobserwował on, że w y c i ą g z m a n d r a g o r y z n a k o m i c i e z a p o b i e g a c h o r o b i e m o r s k i e j i p o w i e t r z n e j (XXV kropli wyciągu alkoholowego z korzeni — po zajęciu miejsca na statku lub samolocie, następnie — w czasie podróży — 3 razy dziennie po XV — XX kropli).

Jak się więc zdaje, i w naszych czasach mandragora, pozbawiona całej swej tajemniczości, będzie jednak przydatną ludzkości — nie jako roślina demoniczna, lecz jako skuteczna i warta uwagi roślina lecznicza.

Wład. Biernacki.

K O M U N I K A T Y

Ukazała się już z druku część II drugiego tomu Patologii i Terapii Szczegółowej Chorób Wewnętrznych prof. dra Witolda Orłowskiego pt. „Choroby opłucnej, gruźlica płuc, choroby śródpiersia". Recenzja dzieła umieszczona będzie w numerze wrześniowym „Wiedzy Lekarskiej".

ARCHIWUM CHORÓB ZAWODOWYCH.

Księgarnia wydawnicza Masson & Cie w Paryżu (Boulevard Saint - Germin Nr 120) rozpoczęła w kwietniu r.b. wydawanie dwumiesięcznika „A r c h i v e s d e s M a l a d i e s P r o f e s s i o n e l l e s, H y g i è n e, e t T o x i c o l o g i e I n d u s t r i e l l e".

W skład Komitetu redakcyjnego pisma wchodzą profesorowie B a l t h a z a r d, D u v o i r, F a b r e, L e c l e r c q i M a z e l przy udziale 19 stałych współpracowników francuskich i 8 zespołów zagranicznych z Niemiec, Belgii, Wielkiej Brytanii, Grecji. Italii, Szwajcarii, Czechosłowacji i Z. S. S. R. (Polskiego zespołu współpracowników pismo to jeszcze nie posiada).

Abonament roczny (dla Polski) wynosi franków 90., zeszyt pojedyńczy Fr. 15.

Zeszyt pierwszy zawiera studium „o badaniu i nauczaniu chorób zawodowych" prof. B a l t h a z a r d a, artykuł „o medycynie pracy i roli lekarza w przemyśle" doc. D u v o i r a prof. F a b r e'a „wstęp do badań biochemicznych pylicy płucnej", sprawozdania „o rozwoju ubezpieczeń społecznych i chorobach zawodowych w Jugosławii" dra K o s s a n o w i c z a i rozważania G u y H a u s s e r a „czy wydawanie robotnikom mleka może zapobiec chorobom zawodowym?", oraz obszerny dział krytyczno - sprawozdawczy łącznie z najważniejszą bibliografią za rok 1937.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. E. Reicher, Polna 40, Tel. 9.54-54.*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji, Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto P. K. O. 15.785.

Zakł. Graf. „DRUKPRASA". Sp. z ogr. odp. Nowy-Świat 54. Tel.: 615-56 i 242-40.